T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE DEPRESYON DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ceren ŞAHİN ÖZKAN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2026

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE DEPRESYON DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ceren ŞAHİN ÖZKAN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU

ESKİŞEHİR

2026

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Tıp fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum ait ''Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi'' başlıklı tez; bilimsel ahlak ve etik ilkelere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir ve hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından, 11.02.2025 tarihinde, 40 numaralı karar ile onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Ceren ŞAHİN ÖZKAN

Tarih:

İmza:

TEZ KABUL ONAY SAYFASI

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA,

Dr. Ceren ŞAHİN ÖZKAN'a ait ''Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi'' adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 11.03.2026

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SAĞLAN Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Elif Fatma ÖZKAN PEHLİVANOĞLU Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun ……. Tarih ve …….. Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR

Dekan Vekili

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgi, deneyim ve rehberliğiyle bana yol gösteren değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU'na teşekkürlerimi sunarım. Asistanlık eğitimim boyunca katkılarını ve desteklerini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocalarım Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU'na, Prof. Dr. Uğur BİLGE'ye, Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SAĞLAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Elif Fatma ÖZKAN PEHLİVANOĞLU'na teşekkürlerimi sunarım. Ve her daim yanımda olan sevgili eşim Uz. Dr. Mustafa Umur ÖZKAN'a, kıymetli annem Sevgi CİNGÖZ'e, babam İbrahim ŞAHİN'e, abim Baran Can ŞAHİN'e ve henüz karnımda olan minik oğluma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Şahin Özkan, C. Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2026. Depresyon, toplumda yaygın olarak görülen bir duygu durum bozukluğudur. Kronik hastalığı olan bireylerde hastalığa ve hastalığın şiddetine göre depresyon görülme riski artış gösterebilmektedir. Yaptığımız çalışmada, aile hekimliğine başvuran kronik hastalığı olan bireylerde Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak depresyon durumu ve şiddeti araştırılmıştır. Çalışma etik kurul onayından sonra 18 yaş ve üzeri, en az bir kronik hastalığı olan, kognitif bozukluğu olmayan, gönüllü bireylerde yapılmıştır. Çalışmada yer alan 354 hastanın 194'ü (%54.8) kadın, 160'ı (%45.2) erkekti. 354 hastanın yaş ortalaması 55.40±14.78 yıl olarak saptandı. Hastaların kronik hastalıklarının dağılımı incelendiğinde, en sık görülen hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon 185 (%52.3) kişide, diabetes mellitus 101 (%28.5) kişide, aterosklerotik kalp hastalığı 51 (%14.4) kişide, hipotiroidi 48 (%13.6) kişide, hiperlipidemi 41 (%11.6) kişide, tespit edildi. Beck Depresyon Ölçeği'ne hastaların verdikleri cevaplara göre minimal depresyon 127(%35.9) kişide, hafif depresyon 112 (%31.6) kişide , orta seviyede depresyon 97 (%27.4) kişide, şiddetli depresyon 18 (%5.1) kişide tespit edildi. Kabul edilen kesme puanı 17 olarak baz alındığında, depresyon riski açısından yüksek olan 115 (%32.5) kişi tespit edildi. Depresyon ve kronik hastalıklar arasındaki ilişki incelendiğinde; kanser hastalığı ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, kanser hastalarında depresyon riski diğer hastalıklara göre yüksek bulundu. Diğer kronik hastalıklar ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Beck kesme puanı 17 olarak baz alınarak depresyon riski ve şiddeti değerlendirildiğinde, kanser, epilepsi ve böbrek yetmezliği hastalarında şiddetli depresyon oranı yüksek saptandı. Kronik hastalığı olan bireylerin depresyon açısından değerlendirilmesi, hastalığın seyri üzerinde olumlu etkilere sebep olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Beck Depresyon Ölçeği

ABSTRACT

Şahin Özkan, C. Evaluation of Depression Status in Individuals with Chronic Diseases Applying to a Family Medicine Center. Family Medicine Department, Medical Specialization Thesis, Eskişehir, 2026. Depression is a common mood disorder in society. In individuals with chronic diseases, the risk of depression may increase depending on the type and severity of the disease. In our study, the Beck Depression Inventory was used to evaluate the presence and severity of depression in individuals with chronic diseases who applied to a family medicine center. After ethical committee approval was obtained, the study was conducted on volunteer individuals aged 18 years and older who had at least one chronic disase and no cognitive impairment. Of the 354 patients included in the study, 194 (54.8%) were women and 160 (45.2%) were men. The mean age of the participants was 55.40±14.78 years. When the distribution of chronic diseases was examined, the most common conditions were as follows: hypertension in 185 (52.3%) individuals, diabetes mellitus in 101 (28.5%), atherosclerotic heart disease in 51 (14.4%), hypothyroidism in 48 (13.6%) and hyperlipidemia in 41 (11.6%). Based on the Beck Depression Inventory scores, minimal depression was detected in 127 (35.9%), mild depression in 112 (31.6%), moderate depression in 97 (27.4%), and severe depression in 18 (5.1%). Using a cut-off score of 17 on the Beck Depression Inventory, 115 (32.5%) individuals were identified as being at high risk of depression. When the relationship between depression and chronic diseases was analyzed, a significant association was found between cancer and depression, with cancer patients having a higher risk of depression compared to patients with other chronic diseases. No significant association was found between other chronic diseases and depression. Furthermore, a higher rate of severe depression was observed in patients with cancer, epilepsy, and kidney failure. Evaluating individuals with chronic diseases for depression may positively affect the course and management of the underlying disease.

Key Words: Family Medicine, Beck Depression Inventory

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLOLAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1.Depresyon Tanımı	2
2.2.Sık Görülen Kronik Hastalıklar ve Depresyonla İlişkileri	3
2.2.1. Hipertansiyon	3
2.2.2. Diabetes Mellitus	5
2.2.3. Hiperlipidemi	6
2.2.4. Koroner Arter Hastalığı	7
2.2.5. Obezite	8
2.2.6. Serebrovasküler Hastalıklar	10
2.2.7. Kanser	11
2.2.8. Hipotiroidi	13
2.2.9. Hipertiroidi ve Tirotoksikoz	14
2.2.10. Astım	16
2.2.11. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	17

Sayfa

2.2.12. Kronik Böbrek Hastalığı 18

2.2.13. Kronik Karaciğer Hastalıkları 19

2.2.14. Epilepsi 21

2.2.15. Benign Prostat Hipertrofisi 23

2.3.Major Depresif Bozukluk Tanısında Sık Kullanılan Ölçekler 24

3. GEREÇ VE YÖNTEM 25

4. BULGULAR 27

4.1.Hastaların Sosyodemografik Özellikleri 27

4.2.Hastaların Sigara – Alkol Kullanımları 29

4.3.Hastaların Kronik Hastalıkları 29

4.4.Hastalıkların Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Depresyon Seviyeleri 31

4.5.Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Depresyon Riski Durumu 31

4.6.Sosyodemografik Veriler ile Depresyon Riski Arasındaki İlişki 31

4.7.Depresyon ile Kronik Hastalıklar Arasındaki İlişki 34

4.8.Sık Kullanılan İlaçlar ve Depresyon Arasındaki İlişki 38

5. TARTIŞMA 42

5.1.Çalışmanın Kısıtlılıkları 46

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 47

KAYNAKLAR 48

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACE-İnhibitörü	Anjiyotensin Konverting Enzim İnhibitörü
ALP	Alkalen Fosfataz
ALT	Alanin Aminotransferaz
Anti TG	Anti Tiroglobulin
Anti TPO	Anti-Tiroid Peroksidaz
AST	Aspartat Aminotransferaz
BKİ	Beden Kitle indeksi
BKO	Bel Kalça Oranı
BPH	Benign Prostat Hiperplazisi
DM	Diabetes Mellitus
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSM-5	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5
GGT	Gama-Glutamil Transferaz
HDL-K	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein Kolesterol
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papilloma Virüs
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein Kolesterol
OGTT	Oral Glukoz Tolerans Testi
RAIU	Radyoaktif İyot Uptake
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SVO	Serebrovasküler Olay

TABLOLAR

Sayfa

2.1. Majör Depresif Bozukluk DSM-5 Tanı Ölçütleri 3
2.2. Türkiye'de ve Dünyada Erkeklerde Sırasıyla En Sık Görülen Kanserler 12
2.3. Türkiye'de ve Dünyada Kadınlarda Sırasıyla En Sık Sörülen Kanserler 12
2.4. Tirotoksikoz Sebepleri 15
2.5. Kronik Böbrek Yetersizliğinde Klinik Bulgular 18
2.6. İntrahepatik Kolestaz Sebepleri 20
2.7. Ekstrahepatik Kolestaz Sebepleri 21
2.8. Epilepsi Tipleri 22
4.1. Hastaların Demografik Özellikleri 28
4.2. Sigara ve Alkol Kullanım Durumları 29
4.3. Hastaların Kronik Hastalıklarının Dağılımı 30
4.4. Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Hastaların Depresyon Seviyeleri 31
4.5. Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Yüksek Depresyon Riski 31
4.6. Demografik Veriler ile Depresyon Arasındaki İlişki 32
4.7. Demografik Verilerle Şiddetli Depresyon Arasındaki İlişki 33
4.8. Yaş ile Depresyon Arasındaki İlişki 34
4.9. Depresyon ile Kronik Hastalıklar Arasındaki İlişki 35
4.10. Depresyon şiddeti ile Kronik Hastalıklar Arasındaki İlişki 36
4.11. Vücut Sistemleri ile Depresyon Arasındaki İlişki 37
4.12. Vücut Sistemleri ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişki 38
4.13. Hastaların Sık Kullandığı İlaçlar 39
4.14. Kullanılan İlaçlar ile Depresyon Arasındaki İlişki 40
4.15. İlaçlar ile Şiddetli Depresyon Arasındaki İlişki 41

1.GİRİŞ

Depresyon, dünyada önemli bir halk sağlığı sorunlarından biri olarak görülmektedir. İlgi ve istek kaybı, enerji kaybı, hayattan zevk alamama, uyku sorunları gibi birçok semptomla bireylerin hayat kalitesinde ciddi bozulma meydana getirebilmektedir[1].

Kronik hastalıklar, 'Bulaşıcı Olmayan Hastalık' olarak da tanımlanmaktadır. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, dünyada mortalite ve morbidite nedenleri arasında ilk sırada yer almakta ve en önemli sağlık sorunu olma özelliğini sürdürmektedir. Bu hastalıklar, dünyadaki ölümlerin % 71'inden sorumlu olup, her yıl 15 milyon kişinin erken ölümüne de neden olmaktadır[2].

Kronik hastalıkların oluşturduğu komplikasyonlar, kişilerin fonksiyonel kapasitesinde düşüşe yol açmakta, hayat kalitesinde belirgin azalmaya neden olmaktadır. Bu sonuçlar bireylerde sosyal açıdan bir yalnızlık oluşturabilmekte ve aile içi ilişkilerde de olumsuzluklara yol açabilmektedir. Bu durumlar, kişilerde depresyonla sonuçlanabilmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerde en sık görülen duygu durum bozukluğu depresyon olarak tespit edilmiştir[3].

Depresyonun mevcudiyetini ve düzeyini saptamak açısından çeşitli testler kullanılmakta olup, 1961 yılında geliştirilen 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği en sık kullanılan testlerden biridir[4]. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, son bir haftadaki depresyon seviyesini tespit eden bir araç olarak göze çarpmaktadır[5]. 1983 yılında geliştirilen Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, aynı şekilde depresyon durumunu ve düzeyini saptamak açısından geliştirilen ölçeklerden biri olup, birinci basamak başvurularında kullanılmayan, çok hızlı şekilde depresyon tanısı koyabilmek için geliştirilmiştir[6]. Ayrıca, DSM-5 Depresyon Ölçeği gibi başka araçlar da mevcuttur[7]. Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmanın Amacı: Amaç, Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak depresyon mevcudiyetini ve seviyesini saptamak ve kronik hastalıklar ile ilişkisini incelemektir. Depresyon seviyesinin kronik hastalıklara göre dağılımını belirlemek, hangi kronik hastalıkta depresyon seviyesinin en yüksek veya en düşük olduğunu tespit etmektir. Ayrıca sosyodemografik verilerle depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi de amaçlar arasındadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Depresyon Tanımı

İlgisizlik, isteksizlik, duygusal çökkünlük, enerjisizlik, değersizlik hissi, hayattan zevk alamama, belirgin suçluluk duyguları, iştah sorunları, uykusuzluk ve cinsel isteksizlik gibi birçok semptomla kendini gösteren depresyon; ülkemizde ve dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunu olma özelliği taşımaktadır. Bunun yanında, intihar riski, kronikleşme riski, toplumda yaygınlaşması ve doğurduğu ekonomik sorunlar sebebiyle de üzerinde durulması önem arz eden bir ruhsal sorundur[1]. Major Depresif Bozukluk, depresif bozukluklar başlığında incelenmekte olup, primer duygudurum bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır[8]. Depresif bozukluk, üzüntüden psikoza kadar geniş çerçevede meydana gelebilen semptomlarla kendini gösterebilir. Major depresif bozukluk, genel olarak toplumda %3.5-6.5 arasında görülmektedir. Risk faktörleri olarak; kadın cinsiyet, ergenlik ve yaşlılık döneminde olma, aile öyküsü, boşanmış olma gösterilebilir[9].

Depresyon, dünyada en sık görülen psikiyatrik hastalıktır. Orta yaş grubunda daha sık olarak görülmekle birlikte, her yaş grubunda da tespit edilebilir. Depresyon, kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda saptanmaktadır. Bu farkın nedenleri arasında; genetik farklılıklar, hipotiroidizm, menstrüasyon gibi biyolojik durumlar, hormonal durum, kadının sosyal rolündeki farklılıklar, ayrımcılık ve işsizlik oranının kadınlarda yüksek olması gibi durumlar sayılabilir. Medeni durum açısından bakıldığında ise ; evlilerde depresyon riskinin, boşanmış, dul ve bekarlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu ve benzeri risk faktörlerinin değerlendirilmesi, teşhis tedavi ve depresyonun önlenmesi açısından kolaylıklar sağlamaktadır[10].

Amerikan Psikiyatri Birliği, psikiyatrik hastalıkların sınıflandırmasında Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5)'i yayınlamış olup; Major Depresif Bozukluk, depresif bozukluklar kısmında belirtilerek, bipolar duygudurum bozukluğu ve ilgili bozukluklardan ayrılmıştır. Major Depresif Bozukluk tanı kriterleri Tablo 2.1'de gösterilmiştir[11]:

Tablo 2.1 Majör Depresif Bozukluk DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. En az birisi depresif duygu durum veya ilgi kaybı olmak üzere aşağıdaki kriterlerden en az beşinin iki hafta süresince hemen her gün var olması:
1.Depresif duygudurum
2.İlgi ve haz kaybı
3.İştah ve kilo değişikliği
4.Uyku bozukluğu
5.Psikomotor yavaşlama, aşırı huzursuzluk
6.Yorgunluk ve enerji kaybı
7.Değersizlik, aşırı veya uygunsuz suçluluk hisleri
8.Dikkat toplamada güçlük, unutkanlık, kararsızlık yaşama
9.Tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri, planı, girişimi
B. İşlevselliği bozması
C. Fizyolojik bir durum veya ilaca bağlı olmaması
D. Majör depresif bozukluk döneminin diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaması
E. Öncesinde mani ya da hipomani dönemi geçirilmemiş olması.

Major Depresif Bozukluk tedavi seçenekleri arasında antidepresan ilaçlar önemli bir yer tutmakla birlikte farklı psikoterapi seçenekleri de mevcuttur. Her tedavi seçeneği hasta bazlı değerlendirilmelidir ancak en etkili seçenek eşzamanlı olarak antidepresan ilaç ve psikoterapidir. Psikoterapide ilk seçenek ise Bilişsel Davranışçı Terapidir. Bu yöntem, tedaviyi yapanla tedavi olan arasındaki işbirliğine dayalı bir yöntemdir[12]. Antidepresan ilaç tedavisi açısından bakıldığında birçok hastada ilk basamak tedavi seçeneği olarak seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) önerilmekte olup, monoamin geri alım inhibitörleri, bupropion ve birçok farklı başka tedavi seçenekleri de mevcuttur[13].

2.2. Sık Görülen Kronik Hastalıklar ve Depresyonla İlişkileri

2.2.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon, dünya genelinde en sık görülen ve önlenmesi mümkün olabilen hastalıklardan biridir. Tanım itibariyle, sistolik kan basıncının 140 mmhg ve

üzerinde, diyastolik kan basıncının ise 90 mmhg ve üzerinde olması olarak açıklanabilir. Hipertansiyon risk faktörleri açısından değerlendirildiğinde, genetik faktörler gibi değiştirilemez durumlara ek olarak, yetersiz ve dengesiz beslenme, fazla tüz tüketimi, stresli yaşam, sedanter yaşam, sigara ve alkol kullanımı ve obezite gibi değiştirilebilir durumlar yer alır[14].

Hipertansiyon , hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada her yıl 7.6 milyon insanın ölüm sebeplerinden birisinin hipertansiyon olduğu ifade edilmekte olup, Türkiye'de ise her dört ölümden biri hipertansiyon ve komplikasyonları ile ilişkilendirilmektedir[15]. Dünyada 30-79 yaş aralığında 1.2 milyar kişinin Hipertansiyon hastası olduğu düşünülmekte olup, Türkiye'de ise 15 yaş ve üzerinde Hipertansiyon prevelansı %16,1 olarak saptanmıştır[16]. Hipertansiyon, morbidite ve mortalite açısından büyük önem taşımakta olup, yüksek seyreden kan basıncı aterosklerotik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, böbrek yetmezliği, görme kaybı, kalp yetersizliği, periferik arter hastalığı gibi komplikasyonlara neden olabilir[17].

Hipertansiyon, arteriyel kan basıncının artması ile kendini gösteren, kazanılmış ve genetik faktörler ile metabolik bozuklukların birlikte yol açtığı sendrom olarak kabul edilebilir. Hipertansiyon primer olduğu gibi sekonder nedenlerle ilişkili de olabilir[18]. Esansiyel Hipertansiyon, tüm hipertansiyon vakalarının % 95'ini içermektedir[19]. Sekonder Hipertansiyon, bir nedenin sonucunda gelişen ve bu nedenin tedavisi ile gerileyebilen hipertansiyondur. Yaygın sebepleri arasında; renal parankimal hastalık, aterosklerotik renovasküler hastalık, fibromüsküler displazi, obstrüktif uyku apne sendromu, Cushing Sendromu, hipertiroidizm ve hipotiroidizm, feokromasitoma, aort koarktasyonu ve hiperparatiroidizm gibi hastalıklar yer almaktadır[20].

Esansiyel Hipertansiyon açısından tedavi yaşam tarzı değişikliklerini de içermek zorundadır. Kan basıncı kontrolü için sigara ve alkol bırakma, stresli yaşamdan mümkün olduğunca uzaklaşma, düzenli fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme, tuz tüketiminin düşürülmesi gibi yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak antihipertansif ilaç tedavisi de kullanılmaktadır[3].

Hipertansiyonu olan bireylerde depresyon, normal popülasyona göre daha yüksek oranda görülmektedir. Birçok kronik hastalık gibi hipertansiyon da depresyon

açısından tetikleyici bir unsurdur[21]. Diğer kronik hastalıklarda da olduğu üzere hipertansiyonu olan bireyler, stres, kaygı bozukluğu gibi birçok psikososyal problemlerle baş başa kalabilmektedir. Depresyon bu bireylerde sosyal işlevselliği ve mesleki işlevselliği azaltarak tedaviye olan uyumu azaltmakta ve hayat kalitelerini de düşürmektedir. Bu bireylerde depresyonun tespit edilmesi ve tanımlanması bütüncül yaklaşım açısından da büyük önem arz etmektedir[22].

2.2.2. Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus, dünyada en sık saptanan metabolik hastalıklardan olup, erişkinlerde sıklığı giderek artmaktadır[23]. Dünyada her 100 bireyden 8.3'ünün diyabet hastası olduğu düşünülmektedir[24]. 2019 yılı tahminlerine istinaden, dünya genelinde 460 milyon civarında diyabet hastası olduğu düşünülmekte olup, 2045 yılında hasta sayısının 700 miyon civarında olacağı düşünülmektedir. Türkiye'de ise 2045 yılında diyabet hastası sayısının 10.4 milyon civarında olacağı ve dünyada diyabet hastası sıklık sırasına göre 10. ülke olacağımız düşünülmektedir[25]. Diabetes Mellitus(DM), genel itibariyle Tip-1 DM , Tip-2 DM ve gestasyonel DM olmak üzere 3 temel kategoriye ayrılmaktadır[26].

Diyabetes Mellitus için tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir[27]:

Tanı Kriterleri

1. Hiperglisemi semptomları: Semptomlara ek olarak, rastgele bakılan kan şekerinin 200 mg/dl ya da üzerinde olması
2. Asemptomatik kişiler: Aşağıdakilerden herhangi birinin varlığı
   - Açlık plazma glukozu ≥126 mg/dl
   - Oral glukoz tolerans testinde (OGTT) 2. saat plazma glukozu ≥200 mg/dl
   - HbA1c ≥%6,5

Diyabetes Mellitus'un olumsuzluklarının çoğu metabolik yolak üzerinde saptanmaktadır ve çok ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan bir dizi komplikasyon şeklinde ortaya çıkmaktadır[28]. Diyabetin akut komplikasyonları; hiperglisemi, diabetik ketoasidoz, hipoglisemi ve hiperosmolar non-ketotik koma olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik komplikasyonları ise mikrovasküler ve makrovasküler olarak sınıflandırılmakta; mikrovasküler sınıfta diabetik retinopati, diabetik nöropati ve

diabetik nefropati yer almaktadır. Makrovasküler sınıfta ise kardiyovasküler, serebrovasküler ve periferik vasküler hastalıklar yer almaktadır[29].

Diyabet, kalıcı bir tedaviye sahip olmadığından, sürekli tedavi gerektiren bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Tip 2 DM ve Gestasyonel DM hastasında, ciddi klinik belirtiler görülmediğinde diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile tedavi olasıdır. Tip 2 DM'de tedavi gerektiren durumlarda yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak, oral antidiyabetikler, insülin ve insülin pompası gibi seçenekler vardır. Tip 1 DM'de de öncelik yaşam tarzı değişiklikleri ile kan şekerini kontrol altına almaktır. Tedavinin temel bileşenleri ise, beslenme,egzersiz,eğitim ve insülin tedavisidir[26].

Diyabet gibi bazı kronik hastalıklarda, depresyon gibi bazı ruhsal hastalıkların, sağlıklı kişilere nazaran daha sık olarak tespit edildiği bildirilmektedir. Bu durum, hastanın diyabet tedavisine uyumunu ve hastalığın prognozunu negatif olarak etkilemektedir[30]. Depresyon; katekolamin, büyüme hormonu ve glukagon gibi bazı hormonların salınımının artmasına ek olarak, dokularda insülin duyarlılığının düşmesine de sebep olmaktadır. Ayrıca, bazı antidepresanların da Tip 2 DM'ye neden olabileceği bilinmektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı, depresyon sıklığı genel topluma göre diyabet hastalarında iki kat daha fazladır[23].

2.2.3.Hiperlipidemi

Hiperlipidemi, lipid metabolizmasındaki hasara bağlı olarak ortaya çıkan ve kanda lipid seviyelerinde artış ile karakterize olan bir durumdur. Hiperlipidemi, primer ve sekonder olmak kaydıyla iki bölümde incelenir. Primer hiperlipidemide ana neden genetik faktörler olup, sekonder hiperlipidemide ise bazı predispozan faktörler rol oynamaktadır. Hiperlipidemi oluşumunda ciddi rol oynayan durumlar; düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-K), apoprotein B100, lipoprotein(a) ve trigliserid seviyelerinde yükselme veya yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (HDL-K) ve apoprotein A1 seviyelerinde düşme olarak saptanmıştır[31]. Kan LDL-Kolesterol seviyesinde artma ve kan HDL-Kolesterol seviyesinde azalma, ateroskleroz oluşumunda primer risk faktörlerinden kabul edilmektedir[32].

LDL Kolesterol, aterojenik kapasitesi en yüksek kolesterol olduğundan, tedavide ana hedef olarak kabul edilmektedir. Hedef LDL-Kolesterolün belirlenmesinde majör risk faktörleri belirlenmiştir. Bu risk faktörleri; yaş, sigara kullanımı, ailede erken yaşta koroner arter hastalığı öyküsü olması, hipertansiyon ve düşük HDL-Kolesterol düzeyi olmasıdır (Yüksek HDL-Kolesterol düzeyi durumunda bu risk faktörleri bir azaltılır). Bu majör risk faktörlerinden bazılarının olup olmamasına ve periferik arter hastalığı, semptomatik karotis arter hastalığı gibi koroner arter hastalığı eşdeğeri aterosklerotik hastalıkların var olması veya Diabetes Mellitus gibi koroner arter hastalığı eşdeğeri bir hastalık olup olmamasına göre bir hedef LDL-Kolesterol değeri belirlenmiştir[33].

Hiperlipidemide akut pankreatit haricinde acil bir tedaviye ihtiyaç yoktur. Tedavide yaşam tarzı değişiklikleri önem arz etmektedir. Özellikle sigaranın bırakılması, egzersiz ve yeterli ve dengeli beslenme oldukça önemlidir. Bunlara ek olarak, safra asidi bağlayan reçineler, fibratlar, niasin ve türevleri, statinler gibi tedavi seçenekleri mevcuttur[33].

Yapılan çalışmalarda, kolesterol seviyeleri ile majör depresif bozukluk arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Depresyonu olan bireylerde, sağlıklı bireylere kıyasla LDL-Kolesterol seviyelerinin daha yüksek olduğu ve HDL-Kolesterol seviyelerinin daha düşük olduğu ile ilgili çalışmalar mevcuttur[34].

2.2.4. Koroner Arter Hastalığı

Kalp hastalıkları 21. yüzyıl itibariyle gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %25'inden, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin ise %50'sinden sorumludur[35]. 2018 verilerinde Türkiye'de ölüm sebepleri arasında kalp damar sistemi hastalıkları %38,4'lük oranda tespit edilmiştir. Koroner arter hastalığı, koroner arterlerin ateroskleroz veya trombüs ile tıkanması neticesinde, kalbin oksijen ihtiyacının karşılanamaması sebebiyle oluşmaktadır. Kalp kasında hipoksi ve iskemi görülmektedir[36].

Koroner arter hastalığı, hem dünyada hem de Türkiye'de mortalite ve morbidite açısından önemli hastalıklardan biridir. Ölüm nedenleri açısından bakıldığında, her iki cinsiyette de ölüm sebebi olarak ilk sırada koroner arter hastalığı bulunmaktadır. Hastalığı önlemek ve yönetmek açısından risk faktörlerinin bilinmesi

büyük önem taşımaktadır. Bu risk faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak iki grupta incelenmektedir. Değiştirilemeyen risk faktörleri olarak yaş, cinsiyet ve genetik faktörler sayılabilirken; değiştirilebilen risk faktörleri olarak obezite, sigara kullanımı ile beslenme ve egzersiz davranışları gösterilebilir[37].

Akut koroner sendromlar genel olarak 3 başlıkta incelenmektedir. Bunlar kararsız angina pektoris, ST segment elevasyonu olmayan miyokardiyal enfarktüs ve ST segment elevasyonu olan miyokardiyal enfarktüs olarak adlandırılır[38].

Hastalık yönetiminde başarı, yaşam süresinin uzatılması ile paralellik gösterir. Sigara bırakmak, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz gibi davranışlar, hastalık yönetiminde yönetimde büyük rol oynamaktadır. Buna ek olarak ilaç kullanımı da önem taşımaktadır[37]. Mortalite ve morbiditenin azaltılmasında yaşam tarzı değişiklikleri ve medikal tedavi kombinasyonuna uyum değerlidir[39].

Kalp hastalığı olan kişilerde psikolojik bozukluklar da eşlik edebilir. Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde sürekli güçsüzlük korkusu ve ölüm korkusu gibi sorunlar görülebilmekte, işini kaybetme, boşanma gibi sosyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir[35]. Kronik kalp hastaları psikolojik açıdan incelendiğinde, hastaların yarısından çoğunda anksiyete ve depresyon durumlarının meydana geldiği gözlemlenmektedir. Eşlik eden bu psikolojik komorbiditeler tedavi sürecinde olumsuzluklara yol açar. Hastalarda uyum problemleri ve hayat kalitesinde düşüşe sebep olmaktadırlar[36].

2.2.5. Obezite

Obezite, dünyada çok ciddi bir halk sağlığı problemidir. Dünyada, 18 yaş ve üzerindeki erişkin bireylerin %39'unun fazla kilolu, %13'ünün ise obez olduğu düşünülmektedir. Türkiye'de ise 15 yaş ve üzerindeki bireylerde yıllara göre artarak 2019 yılında %21,1'e varan obezite oranı tespit edilmiştir. Yetersiz egzersiz ve sedanter yaşam, beslenme alışkanlıklarının yanlış olması, düşük eğitim seviyesi, sosyokültürel nedenler ile hormonal nedenler obezite oluşumuna yol açan temel etkenlerdir[40].

Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi sağlığı bozacak şekilde anormal ya da fazla miktarda yağ birikimi olarak açıklamaktadır. Obezite artık hastalık olarak sınıflandırılmakta ve özellikle gelişmiş ülkelerde en ciddi sağlık problemlerinden biri

olarak görülmektedir. Obeziteyi tespit etmek için en sık kullanılan yöntem Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplamaktır. Beden Kitle İndeksi, kilogram olarak vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanır (kg/m2). BKİ'nin 18.5'in altında olması halinde zayıf, 18.5-24.9 arasında olması durumunda normal kilolu, 25-29.9 arasında olması durumunda fazla kilolu, 30'un üzerinde olması durumunda ise obezite olarak değerlendirilmektedir. Erişkin kadınlarda, beden ağırlığının %25-30'unu yağ dokusu; erişkin erkeklerde ise bu oranın %15-20'sini yağ dokusu meydana getirmektedir. Kadınlarda %30'u aşması, erkeklerde ise % 25'i aşması halinde, bu durum da obezite olarak ifade edilmektedir[41].

Obeziteyi tanımlamak ve tespit etmek için kullanılan bir diğer parametre ise bel çevresi veya bel/kalça oranı (BKO)'dır. Bel çevresinin arttığı durumlarda, bu obezite çeşidi santral veya abdominal obezite olarak isimlendirilmektedir. Bu obezite durumunun da kalp damar hastalıkları açısından ciddi bir risk faktörü olduğu belirtilmekte, hatta beden kitle indeksi ile kıyaslandığında bu riski daha iyi yansıttığı düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, erkeklerde bel çevresinin 102 cm ya da üstünde olmasını; kadınlarda ise 88 cm ya da üstünde olmasını santral obezite olarak tanımlamaktadır[42].

Obezitenin vücuda etkileri incelendiğinde, çoğu sisteme olumsuz etkide bulunduğu gözlemlenmektedir. En ciddi kardiyovasküler sistem etkileri görülmekte olup; hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalığı, hiperlipidemi, venöz ve arteriyel emboli ve tromboz, varis ve inme gibi hastalıklara yol açabilmektedir. Bunun haricinde Diabetes Mellitus, metabolik sendrom ve gut gibi metabolik hastalıkların gelişimine de neden olabilmektedir. Hormonal açıdan bakıldığında; prolaktin, testesteron, östrojen ve büyüme hormonunu azalttığı tespit edilmiştir. Ayrıca astım, osteoartrit, safra taşı, nefrotik sendrom gibi çok geniş çapta hastalıkla obezite arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Psikolojik olarak incelendiğinde; anksiyete, depresyon ve beden algısında bozulma gibi bir dizi psikolojik sorunla obezite arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir[43].

Obezitenin kronik hastalık olduğu düşünüldüğünde, tedavi sürecinin uzun ve geniş kapsamlı olduğu bilinmelidir. Hızlı bir şekilde kilo kaybına nazaran zamanla yavaş bir şekilde kilo kaybı sağlamak ve hedef kiloya ulaştıktan sonra da bu kilonun

korunması temel hedeftir. Yaşam tarzı değişikliklerinin bir hayat biçimi olarak edinilmesi ve bu yaşam tarzının sürdürülmesi elzemdir. Obezitede temel olarak yaşam tarzı değişikliği, ilaç tedavisi ve bariatrik cerrahi gibi üç tedavi seçeneği mevcuttur[43].

Yapılan çalışmalarda, obez kişilerin sosyal hayatta birçok zorlukla mücadele ettikleri ve bu kişilerde depresyonun obez olmayan bireylere göre dah asık görüldüğü belirlenmiştir. Obez bireylerin toplumda görünüşlerinden dolayı ayrımcılığa uğradıkları ve önyargılarla karşılaştıkları tespit edilmiştir. Yaşamdan memnun olmama ve yeme bozuklukları gibi bazı psikolojik durumlar, bu kişilerde daha sık görülmektedir[44].

2.2.6. Serebrovasküler Hastalıklar

Serebrovasküler Hastalık, damarsal yapılarla alakalı patolojik bir olay neticesinde beyinde meydana gelen tüm bozuklukları tanımlamaktadır. Bu patolojik durum, vasküler duvardaki herhangi bir lezyon, vasküler emboli veya tromboz, ateroskleroz, rüptür, arterit, anevrizma gibi bir dizi sorunla ilişkili olabilmektedir[45]. İnme ise ani olarak gelişen, 24 saatten uzun devam eden veya bu zaman diliminde ölüm ile neticelenen, damar patolojisinden başka bir sebep bulunamayan kısmi veya jeneralize nörolojik defisit olarak tanımlanabilir. İnme kökeni açısından değerlendirildiğinde, inmenin %10-40'ı hemorajik inme, kalan kısmı ise iskemik inme olarak saptanmıştır[46]. Dünyada ölüm nedenleri incelendiğinde serebrovasküler hastalıklar; kalp damar hastalıkları, kanserler ve solunum yolu enfeksiyonlarının ardından 4. sırada yer almaktadır[45].

2021 yılı verilerinde dayanarak, dünyada senede 11.9 milyon yeni hasta ve 93.8 milyon yeni hasta saptanmıştır. 25 yaş ve üstü her dört insandan birinin hayatları boyunca en az bir kere inme geçireceği tahmin edilmektedir. İnme yükü, daha çok düşük-orta gelirli ülkelerde yoğun şekilde bulunmaktadır. Nüfusun gittikçe yaşlanmasının da etkisiyle bu yükün daha da artacağı tahmin edilmektedir. 2019 verilerinde ülkemizde tahminen 125 bin yeni vaka görülmüş olup, prevelans 1.08 (%1,3) olarak belirtilmiştir. Vakaların büyük çoğunluğu 50 yaş üstü görülmekte olup, dolaşım sistemi hastalıkları içerisinde mortalite nedenlerinde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada görülmektedir[47].

Serebrovasküler hastalıklar ve inme risk faktörleri açısından değerlendirdiğinde, değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olarak iki ayrı grupta değerlendirilebilirler. Değiştirilebilen risk faktörleri genel olarak diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam ve obezite olarak ifade edilebilirken; değiştirilemez risk faktörleri genel olarak yaş, cinsiyet, ırk, genetik olarak ifade edilebilir[48].

İnmeden korunmada değiştirilebilen risk faktörlerine odaklanmak gerekmektedir. Bu açıdan özellikle sigara ve alkolün bırakılması önem taşımaktadır. Ayrıca sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmak ve fiziksel aktivitenin artırılması gerekmektedir. Beslenme açısından bakıldığında; tuz tüketimini azaltmak, doymuş ve trans yağ tüketimini azaltmaya ek olarak sebze ve meyve tüketimini artırmak inmeden korunmaya yardımcı olacaktır[49].

İnme sonrası depresyonun % 30 oranında görüldüğü belirtilmektedir. Gerçek oranının normalden daha fazla olabileceği tahmin edilmektedir çünkü birçok vaka teşhis edilememekte, teşhis edilse bile bu vakaların bildirimleri yapılamamaktadır. İnmenin komplikasyonu olarak depresyon, motor ve duyusal sorunlar kadar önemli bir sorundur. Çünkü depresyon, rehabilitasyona direnç geliştirmeye yol açabilir ve bu da fonksiyonel iyileşmenin daha da zor olmasına neden olabilir. Bunun yanında depresyon, yorgunluğa, sosyal izolasyona ve intihar düşüncesine sebep olabilir[50].

2.2.7. Kanser

Kanser, dünyadaki en önemli halk sağlığı sorunlardan biridir ve ölüm nedenlerine göre 2. sırada yer alan hastalıktır. 2018 senesinde, dünyada yeni kanser olgu sayısının 18.1 milyon civarında olduğu ve 9.6 milyon civarında kanserin sebep olduğu ölümün gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Ülkemizde ise 2020 senesinde yeni kanser olgu sayısı 233.834, kansere bağlı ölüm sayısı ise 126.335 olarak belirtilmiştir[51].

Kanser sıklığı, yaşlanmayla birlikte risk faktörlerinin de artmasına paralel olarak yaşla birlikte ciddi şekilde artmaktadır. Hücresel onarım mekanizmalarının yaşla birlikte etkisizleşmesi de bu duruma yol açan etkenlerden biridir. Cinsiyete göre kanser sıklıkları ve kanserden ölüm nedenleri farklılık göstermektedir[52].

Ülkemizde ve dünyada erkeklerde en sık görülen kanserler sırasıyla Tablo 2.2'de gösterilmiştir[52].

Tablo 2.2 Türkiye'de ve dünyada erkeklerde sırasıyla en sık görülen kanserler

Türkiye	**Dünya**
Akciğer	Akciğer
Prostat	Prostat
Kolorektal	Kolorektal
Mesane	Mide
Mide	Karaciğer

Ülkemizde ve dünyada kadınlarda en sık görülen kanserler sırasıyla Tablo 2.3'te gösterilmiştir[52].

Tablo 2.3 Türkiye'de ve dünyada kadınlarda sırasıyla en sık görülen kanserler

Türkiye	**Dünya**
Meme	Meme
Tiroid	Kolorektal
Kolorektal	Akciğer
Akciğer	Uterus Serviksi
Uterus Korpusu	Tiroid

Kanserlerin %10-15'inin kalıtımsal olarak meydana geldiği, %85-90'ının ise hayat boyunca karşılaşılan ve mutasyona neden olan maddelerin maruziyetinden meydana gelen DNA'da ilerleyici değişiklikler ve hasarlardan oluştuğu tahmin edilmektedir. Her kanser için ayrı risk faktörleri olsa da kanser oluşumu açısından genel risk faktörleri incelendiğinde; genetik, sigara ve alkol tüketimi, sedanter yaşam, obezite, kötü beslenme alışkanlıkları genel risk faktörleri olarak sayılabilir[53].

Ülkemizde erken teşhis ve tedavi olanakları açısından kanser tarama programları yürütülmektedir. Erken evrede teşhis edilen kanserlerin ileri evre

kanserlere nazaran tedavi imkanları çok ve basit olduğundan bu taramalar büyük önem taşımaktadır. Türkiye'de kanser tarama programları olarak kolorektal kanser taraması, meme kanseri taraması ve serviks kanseri taraması yapılmaktadır. Kolorektal kanser taraması olarak 50-70 yaş arası tüm bireylere 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılmaktadır. Meme kanseri taraması olarak 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi yapılmaktadır. Serviks kanseri taraması olarak ise 30-65 yaş arası kadınlara 5 yılda bir HPV DNA veya Pap-smear testi yapılmaktadır[54].

Kanser riskini düşürmek açısından sigaranın bırakılması, obezitenin önlenmesi ve kilo verme, sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmak, düzenli egzersiz yapmak, alkol kullanımını azaltmak, hava kirliliğinden ve radyasyon maruziyetinden kaçınmak ve güneş ışığından korunmak gibi önlemler almak etkili olacaktır. Bunun haricinde risk grubuna dahil olup aşı önerilenlerin HPV ve Hepatit B ile aşılanmaları kanser riskini azaltacaktır[52].

Kanser hastalarının hastalıklarını sorgulaması, tedavi planlarındaki belirsizlikler, muhtemel tedavi yan etkileri, sosyal rollerinin ne olacağı gibi durumlar, kanser hastalarının birçok belirsizlikle karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır. Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin bu tür olumsuz durumlarla daha iyi mücadele edebildiği gösterilmiştir. Psikolojik dayanıklılığı düşük olan bireyler ise depresyon gibi durumlara daha sık sahip olabilmektedir[55]. Kanser hastalarında psikiyatrik komorbiditenin yüksek olduğu bilinmektedir. Kanser hastaları psikososyal komplikasyonlar açısından değerlendirildiğinde; uyum sorunları, depresyon, özgüven kaybı, yaşamdan zevk alamama gibi birçok sorun görülebilmektedir[56].

2.2.8. Hipotiroidi

Hipotiroidi vücutta tiroid hormon üretiminin yeterli olmaması ya da daha nadir olarak dokulara tiroid hormonunun etki etmemesi nedeniyle meydana gelen kronik bir hastalıktır. Hipotiroidinin en sık nedeni kronik otoimmün tiroiddittir. Anti TPO ya da anti TG pozitifliği görülür. Genel popülasyonda %2 civarında görülmektedir. Kadınlarda daha sık görülmekte ve sıklıkla 30-50 yaş aralığında saptanmaktadır. Hipotiroidizme eşlik eden tiroid otoantikor pozitifliği görülen durum

Hashimoto Tiroidit olarak isimlendirilir[57]. Hashimoto Tiroidit'e sekonder gelişen hipotiroidizm yaş ile bağlantılıdır. Her sene hastaların %4-5' inde hipotiroidi geliştiği belirtilmektedir. Sıklığı iyot eksikliği görülmeyen ülkelerde daha fazladır. Prevelans, ırklara göre de farklılık göstermektedir[58].

Tiroid hormonu metabolizma için çok önemli bir hormondur. Hipotiroidide birçok semptom görülebilir. Bu semptomlardan bazıları kilo alımı, kabızlık, cilt kuruluğu, halsizlik, saç dökülmesi ve soğuk intoleransıdır. Bu semptomlara ek olarak kardiyak debide azalma, sol ventriküler disfonksiyon gibi kardiyak patolojiler saptanabilir. Depresif semptomlar , hafıza kaybı, bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi nöropsikiyatrik durumlar da görülebilir[59]. Tiroid hormon bozukluğunun göze olumsuz etkileri de görülmektedir. Hipotiroidide glokom riskinde artış görülmekte, ayrıca kornea kalınlığında da artış saptanmaktadır[60].

Tiroid fonksiyon bozukluklarının yaşam kalitesini düşürebileceği ve psikiyatrik bazı sorunlara yol açabileceği gösterilmiştir. Aşikar hipotiroidizm ve subklinik hipotiroidizmin duygudurum bozuklukları ile ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir[61]. Hipotiroidide sık görülen psikiyatrik değişiklikler anksiyete, depresyon, düşüncede yavaşlık ve konsantrasyon bozukluğudur. Duygudurum bozukluğu tanısı olan bireylerde %1-4'ünde aşikar hipotiroidi tespit edilmekte, %4-40'ında ise subklinik hipotiroidi görülmektedir. Hipotiroidi tanısı olan bireylere tiroid hormonu replasman tedavisi uygulandığında ise psikiyatrik belirtilerin azaldığı saptanmaktadır[62].

2.2.9. Hipertiroidi ve Tirotoksikoz

Çeşitli sebeplere bağlı olarak kanda tiroid hormon seviyesinin yükselmesi tirotoksikoz; tiroid bezinin fazla işlev göstererek fazla miktarda tiroid hormonu salgılaması ise hipertiroidi olarak adlandırılmaktadır. Primer hipertiroidi, Graves hastalığı, adenomlar ve tiroid kanseri metastazlarına sekonder olarak ortaya çıkabilir. Sekonder hipertiroidi ise daha az sıklıkla görülmekte olup, tiroid hormonlarına periferik direnç ve hipofiz adenomu gibi sebeplere bağlı olabilmektedir. Bazı bireylerde TSH düşük ancak normal serbest tiroid hormonu seviyeleri görülür. Bu durum subklinik hipertiroidi olarak isimlendirilmektedir[63].

Tirotoksikoz sebepleri değerlendirildiğine, Radyoaktif İyot Uptake (RAIU)'e göre bir sınıflandırma yapılmaktadır. RAIU artmış veya RAIU azalmış tirotoksikoz nedenleri olarak iki grupta değerlendirilirler (Tablo 2.4)[64]

Tablo 2.4 Tirotoksikoz Sebepleri

Tirotoksikoz Sebepleri	
Artmış RAIU ile birliktelik gösterenler	**Azalmış RAIU ile birliktelik gösterenler**
Graves Hastalığı	Tiroiditler
Toksik Adenom veya Toksik Multi-noduler Guatr	Amiadoron ile İlişkili Tiroidit
Trofoblastik Hastalık	Diferansiye Metastatik Tiroid Kanseri
TSH Salgılayan Hipofiz Adenomları	Tirotoksikozis Factitia
Tiroid Hormonuna Periferik Direnç	Struma Ovarii

Graves Hastalığı, en sık saptanan tirotoksikoz sebebidir [65]. Graves Hastalığı, otoantikorların sebep olduğu otoimmün kökenli bir hastalıktır. Tiroid bezinde bulunan tiroid uyarıcı hormon reseptörüne bağlanan bu otoantikorlar hipertirodizme yol açarak hastalık oluşmasına sebep olmaktadırlar. Tiroid hormon seviyelerinde yükselmeye neden olarak bazı semptomlar gelişmesine yol açarlar. Graves Hastalığı, oftalmopati, dermopati ve akropati ile karakterizedir. Klinik semptomlar olarak çarpıntı, sıcak intoleransı, anksiyete ve kilo kaybı sayılabilir. Risk faktörleri olarak aile öyküsü, sigara, diğer otoimmün hastalıklardan birinin var olması ve kadın cinsiyet sayılabilir[66].

Tirotoksikozda propiltiyourasil, metimazol gibi antitiroid ilaçlar, beta bloker, radyoaktif iyot tedavisi ve cerrahi tedavi uygulanır. Beta blokerler, nabzı 90/dk'nın üzerinde olan yaşlı kalp damar hastalığı da eşlik eden hastalarda astım gibi kontrendikasyon yoksa kullanılır. Kontrendikasyon durumunda verapamil ya da diltiazem gibi kalsiyum kanal blokerleri grubundan bir ilaç kullanılabilir[64].

Hipertiroidili hastalarda çeşitli davranış sorunları tespit edilebilmektedir. Bunlar arasında anksiyete, depresyon, psikoz gibi hastalıklara ek olarak; ajitasyon, huzursuzluk, uyku sorunları ve disfori gibi semptomlar da görülebilmektedir. Hipertiroidili bireyler psikiyatri polikliniklerinde bipolar bozukluk gibi duygudurum bozukluğu tanısı ve anksiyete bozukluğu gibi tanılar alabilmektedirler[67].

2.2.10. Astım

Astım, sıklığı yüksek olan bir kronik hastalık olup, dünyada ve ülkemizde önemli halk sağlığı problemlerinden biri olarak göze çarpmaktadır. Dünyada 339 milyon civarında insanı olumsuz etkileyen bir hastalıktır[68]. Astım sıklığı dünya genelinde ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte, dünyada %1-18 arasında bir sıklık görülmektedir. Türkiye'de ise astım sıklığı erkeklerde %2.8, kadınlarda ise %6.2 oranında tespit edilmiştir[69].

Astım hastalarında başlıca semptomlar olarak öksürük, nefes darlığı, hırıltılı solunum ve göğüste sıkışma hissine neden olan hava yolu hiperaktivitesi görülmektedir. Astım hastalığının patogenezinde çeşitli genetik ve çevresel faktörler neden almaktadır. Bu faktörler hava yollarında kronik bir enflamasyona yol açarak semptomları meydana getirmektedirler[69].

Astım tedavisinde tedavi semptomatik olup, bu çerçevede çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Bunlar arasında inhale kortikosteroidler, uzun etkili b2-agonist ilaçlar, uzun etkili muskarinik antagonistler, lökotrien inhibitörleri ve omalizumab, reslizumab gibi monoklonal antikorlar bulunmaktadır. Bu ilaçlar, uygulama dönemlerinde etki göstermektedirler ve ilaçların bırakıldığı dönemlerde, astım semptomları tekrar görülmektedir. Çünkü bu ilaçların immün yanıta faydaları bulunmamaktadır ve hastalık progresyonu ile ilişkisi zayıftır[70].

Astım hastalarında psikolojik semptomlar olarak depresyon, konsantrasyon eksikliği ve yorgunluk sık görülmektedir[71]. Astım tanısı olanlarda depresyon ve anksiyete bozukluğu, astım tanısı olmayanlara göre daha sıktır. Astım tanısı olan bireylerde hayat boyu ruhsal bozukluk görülme sıklığının %42 seviyelerine yükseldiği belirtilmektedir[72].

2.2.11. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KOAH, bronş ve/veya alveollerden oluşan sorunlardan kaynaklanan, nefes darlığı, öksürük ve balgam gibi şikayetlere yol açan, persistan ve ilerleyici hava yolu tıkanıklığı ile kendini gösteren kronik bir hastalıktır[73]. Hava yolunun çok uzun süreler zararlı gazlara ve tozlara maruz kalması neticesinde KOAH hastalığı meydana gelmektedir. Genellikle nefes darlığı ile kendini göstererek alevlenmelerle devam eder ve prognoz gittikçe kötüleşir. Hayatı tehdit eden çok ciddi bir halk sağlığı problemidir. 2015 senesinde dünyada 251 milyon civarında KAOH tanılı hasta olduğu varsayılmaktadır. Türkiye'de ise 2-3 milyon civarında KOAH tanılı hasta olduğu tahmin edilmektedir[74]. Dünya genelinde ölüm sebepleri incelendiğinde KOAH üçüncü sırada bulunmaktadır. Türkiye'de ise solunum sistemi hastalıkları üçüncü sırada olup, bu ölümler içerisinde KOAH sebepli olanlar büyük çoğunluğu oluşturmaktadırlar[75].

KOAH genel olarak nefes darlığı, öksürük ve balgam gibi şikayetlerle kendini gösterir. Bu semptomlara ek olarak halsizlik, uyku sorunları ve depresyon gibi durumlar da eşlik edebilmektedir. Nefes darlığı en sık saptanan semptomdur. Semptomlar en sık sabah saatlerinde ortaya çıkmaktadır ve günlük veya haftalık olarak semptom şiddeti ve sıklığı değişkenlik gösterebilmektedir[76].

KOAH farmakolojik tedavisi kapsamında bazı ilaçlar sık olarak kullanılmaktadırlar. Bu ilaç grupları arasında fosfodiesteraz-4 inhibitörleri, beta 2 agonistler ve antikolinerjikler bulunmaktadırlar. Anti-inflamatuar özelliklerinden kaynaklı kortikosteroidler de sık kullanılmaktadır. Enfeksiyon eşlik etmesi durumunda ise antibiyotik tedavileri de eklenmektedir[76].

Diğer kronik hastalıklarda olduğu şekilde KOAH'lı bireylerde sık görülen psikiyatrik semptom ve bozukluklar arasında uyum sorunları, duygusal zorluklar, paranoid semptomlar, anksiyete ve depresyon yer almaktadır. KOAH hastalarında depresyon sıklığı %10- 42 olup, anksiyete sıklığı ise %10-19 olarak tespit edilmiştir. En sık görülen psikiyatrik hastalıklardan olan depresyon, KOAH prognozunu da olumsuz anlamda etkilemektedir[77].

2.2.12. Kronik Böbrek Hastalığı

Kronik Böbrek Hastalığı genel anlamda, glomerüler filtrasyon hızının 60 ml/dk'dan az olması ve en az 3 aydır var olan böbrek hasarı belirteçleri ile kendini gösteren böbrek işlevinin azalması olarak tanımlanabilir. Böbrek yetmezliğinin başlıca sebepleri diyabet ve hipertansiyondur. Hastalık yavaş ilerler fakat böbrek işlevinde zamanla azalma meydana gelir ve replasman tedavisi zorunlu hale gelir[78]. Kronik Böbrek Hastalığı, dünya genelindeki veriler incelendiğinde yaklaşık 800 milyon kişide görülmektedir. Ülkemizde ise erişkinlerde prevelansı %15,7 olarak tespit edilmiştir[79].

Kronik Böbrek Yetmezliği hastalarının çoğunda böbrek boyutlarında küçülme meydana gelir. Klinik bulgular ise hastalığın derecesi ve altta yatan hastalığa bağlı olarak değişkenlik gösterir. Başlangıç semptomları genelde noktüri ve anemi sonucu gelişen halsizliktir. Bununla birlikte birçok sisteme ait semptomlar görülebilmektedir. Bu semptomlar ve bulgular Tablo 2.5'te gösterilmiştir[80].

Tablo 2.5 Kronik Böbrek Yetersizliğinde Klinik Bulgular

Etkilenen Sistem	Bulgu
Sıvı-Elektrolit Dengesi	hipo-hipervolemi, hipo-hipernatremi, hipo-hiperkalemi, hipokalsemi, metabolik asidoz
Sinir Sistemi	uyku sorunları, demans, baş ağrısı, polinöropati,tremor, ruhsal bozukluklar
Gastrointestinal Sistem	gastrit, stomatit, ülser, kanama, asit, perforasyon
Hematoloji	anemi, kanama, lenfopeni, bulantı ve kusma
Pulmoner Sistem	Plevral sıvı, pulmoner ödem
Kalp-Damar Sistemi	hipertansiyon, periferik ödem, perikardit, kardiyomyopati
Endokrin Sistem	hiperlipidemi, gelişme geriliği, hiperürisemi
Kemik	hiperparatiroidi, artrit, vitamin D eksikliği
Deri	kaşıntı, hiperpigmentasyon, solukluk, tırnak bozuklukları
Diğer	kilo kaybı, noktüri, karpal tünel sendromu

Kronik Böbrek Yetmezliği tedavisinde temel hedef tetikleyici sebeplerin tespit edilmesi ve yok edilmesini içermektedir. Bu önlemlerin başında non steroidal anti-inflamatuar ilaçlar ve diğer nefrotoksisiteye yol açan ilaçların bırakılması yer alır. Bunun haricinde sıvı-elektrolit bozukluklarının önlenmesi ve tedavisi, hipertansiyon kontrolü, kalp yetersizliğinin önlenmesi ve kontrolü ile benign prostat hiperplazisi tedavisi gibi önlemler de bulunur. İkinci aşama olarak hastalığın gidişatının yavaşlatılması yer alır. Bu amaçla kolesterolden fakir, doymamış yağ asidince zengin diyet önerilmektedir. Ayrıca proteinürinin azaltılması için ACE İnhibitörü ilaçlar tercih edilebilir. Hiperfosfatemi ve hiperlipidemi de tedavi edilmelidir. Son dönem böbrek yetmezliğinde ise diyaliz tedavisi uygulanmaktadır[80].

Kronik Böbrek Yetmezliği olan hastalarda depresyon, anksiyete, yalnızlık ve umutsuzluk duygularında yoğunluk gibi psikososyal sorunlar görülebilmektedir. Bu hastalarda depresyon sıklığı %20-80 arası oranda tespit edilmektedir. Tedavi süreci ve hayatlarında yaşadıkları kısıtlamalar da depresyona yol açabilmektedir. Özellikle hemodiyaliz hastalarında depresyon belirtileri sık görülebilmektedir[81].

2.2.13. Kronik Karaciğer Hastalıkları

Karaciğer dokusu bazı malignitelerden, metabolik hastalıklardan, mikrobiyolojik maddelerden ve çeşitli dolaşım bozukluklarından olumsuz etkilenebilmektedir. Bu etkenlere karşılık karaciğer çeşitli şekillerde tepki verir. Bu cevaplar inflamasyon, dejenerasyon, nekroz, fibrozis ve sirozdur. Son aşama olan siroz aşamasında portal hipertansiyona bağlı komplikasyonlar, karaciğer yetmezliğine sekonder hepatosellüler karsinom ve ölüm ile sonuçlanabilir[82].

Karaciğer çeşitli anatomik bölümlerden meydana gelen vücuttaki en önemli metabolik organ olarak kabul edilmektedir. Karaciğerin fonksiyonlarını gösteren çeşitli karaciğer enzimleri mevcuttur. Bunlardan en çok bilinenleri hepatositlerde sentezlenen alanin aminotransferaz (ALT) ve aspartat aminotransferaz (AST); safra kanalı epitelinden sentezlenen gama glutamil transpeptidaz (GGT) ve alkalen fosfataz (ALP)'dır. Ancak bu enzimler karaciğere özgü enzimler olmayıp başka dokularda da sentezlenebilmektedirler[83]. Bu testler haricinde karaciğer sentez aktivitesini gösteren albümin ve protrombin zamanı gibi testler; ALP ve GGT ile

aynı şekilde kolestazı gösteren bilirubin gibi testler de karaciğer fonksiyonlarını göstermek açısından sık kullanılmaktadır[84].

Kolestaz belirteçlerinden kolestazı tanımlamak ve sınıflandırmak açısından yararlanılmaktadır. Kolestaz, intrahepatik ve ekstrahepatik kolestaz olmak üzere iki kısma ayrılır. Kolestaza yol açan intrahepatik nedenler Tablo 2.6'da gösterilmiştir[84].

Tablo 2.6 İntrahepatik Kolestaz Sebepleri

İntrahepatik Kolestaz Sebepleri
Primer Biliyer Siroz
Primer Sklerozan Kolanjit
Sarkoidoz
Viral Hepatitler
Hodgkin Hastalığı
Hepatosellüler Karsinom ve Diğer Maligniteler
Karaciğerin İnfiltratif Hastalıkları
Lenfoma
Amiloidoz
Sepsis
Crohn Hastalığı
Tüberküloz
Brucella Enfeksiyonu
Gebeliğin İntrahepatik Kolestazı
Berilyum, Bakır Maruziyeti
Paraneoplastik Sendromlar
Karaciğerin Granülomatöz Hastalıkları

Kolestaza yol açan ekstrahepatik nedenler Tablo 2.7'de gösterilmiştir[84].

Tablo 2.7 Ekstrahepatik Kolestaz Sebepleri

Ekstrahepatik Kolestaz Sebepleri
Koledokolitiasis
Pankreas Kanseri
Kolanjiokarsinom
Bazı Enfeksiyonlar (HIV,Parazit vs)
Pankreatit
Safra Kesesi Kanseri
Mirizzi Sendromu
Primer Sklerozan Kolanjit

Kronik karaciğer hastalıkları ile depresyon ilişkisi incelendiğinde; örneğin kronik hepatitli bireylerde psikiyatrik sorunlar, hastalığı olmayan toplumla kıyaslandığında daha sık olarak görülmektedir. Kronik hepatitli bireylerde depresyon prevelansı %46 olarak tespit edilmiştir[85]. Karaciğer nakli alıcıları değerlendirildiğinde depresyonun sık görüldüğü belirlenmiştir. Nakil öncesi depresyon oranı %60 , nakil sonrası depresyon oranı ise %30-40 olarak bulunmuştur[86].

2.2.14. Epilepsi

Epilepsi, tedavisi ve takibi uzun yıllar süren kronik hastalıklardandır. Epilepsi, nörolojik ve psikososyal sonuçları da olan dünya genelinde önemli bir hastalıktır. Sıklığı topluma ve coğrafyaya göre değişkenlik göstermektedir. Düşük-orta gelir seviyesine sahip ülkelerde sıklığı daha yüksek olmakla birlikte, dünya genelinde 50 milyon civarında bireyi olumsuz etkilemektedir. Düşük-orta gelir seviyesindeki ülkelerde sıklığı 100 bin kişide 139 kişi; gelir seviyesi yüksek olan ülkelerde ise bu oran 100 bin kişide 49 civarındadır. Ülkemizde ise genel olarak epilepsi sıklığının 1000 kişide 5.7-12.2 arasında olduğu belirtilmektedir[87].

Epilepsi, başlangıç şekline göre fokal, jeneralize ve başlangıcı bilinmeyen olarak üç kısma ayrılmaktadır. Epilepsi sınıflandırması Tablo 2.8'de gösterilmiştir[88].

Tablo 2.8 Epilepsi Tipleri

Başlangıç Şekli	Nöbet Tipi
Fokal Başlangıçlı	*Basit Parsiyel Nöbet *Kompleks Parsiyel Nöbet *Sekonder Jeneralize Nöbet *Tonik Klonik Nöbet *Absans Nöbet
Jeneralize	*Miyoklonik Nöbet *Tonik Nöbet *Klonik Nöbet *Atonik Nöbet
Başlangıcı Bilinmeyen	*Yukarıdakilere Uymayan Nöbetler

Antiepileptik ilaç tedavisi uygulama kararında nöbetin tipi, mevcut nöbetlerin doğal seyrinin ne olduğu ve tekrarlama riski gibi durumlar ayrıntılı değerlendirilmelidir. Nöbetlerin bitirilmesi veya ortadan kaldırılamıyorsa da sıklığının azaltılması ana hedeftir. Genel olarak ikinci nöbetten itibaren antiepileptik ilaç başlanmaktadır ve ilaç başlama kararı alırken, nöbetlerin epilepsi kaynaklı olduğundan emin olunmalıdır[88]. Tedavide ilk olarak monoterapi uygulanmaktadır. Monoterapi ile fayda görmeyen bireylerde politerapi uygulanmaktadır. İlaç tedavisinin uzun yıllar devam edeceği bilinmelidir. Tedavi uyumu yüksek olan bireylerde, tedavi şansı daha yüksektir[87]. Tedavi seçenekleri olarak karbamazepin, fenitoin, lamotrijine, topiramat, valproat, etosüksimid gibi antiepileptik ilaçlar kullanılmaktadır[89].

Epilepsi tanılı bireylerde en sık saptanan komorbid hastalıklardan biri depresyon olup, sıklığı %22,9 ile %52,1 arasında değişkenlik göstermektedir. Epilepsi ile depresyon arasındaki bu ilişkide, beynin anatomik bölümlerinin hem epilepsi hem de depresyon ile ilişkili olabileceği ve bazı nörotransmitterlerin de bu etkiye yol açabileceği tahmin edilmektedir[90]. Ayrıca epilepsi hastalarında yaşam kalitesi de büyük önem arz etmektedir. Yaşam kalitesinin düşük olmasının depresyon, anksiyete ve hatta nöbet sıklığının artması gibi durumlara yol açabileceği gösterilmiştir[91].

2.2.15. Benign Prostat Hiperplazisi

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), histolojik olarak prostat dokusunun malign komponent içermeden hiperplazisi olarak tanımlanabilir. Klinik bulgu olarak bu hiperplazinin neden olduğu alt üriner sistemin işlevinin bozulması görülür. Alt üriner sistem fonksiyon bozukluğu semptomları, mesane çıkış obstrüksiyonuna bağlı semptomlar ve benign prostat büyümesine bağlı semptomlar görülebilir. İlerleyici bir hastalık olduğu kabul edilmektedir[92]. BPH'a sekonder olarak gelişen benign prostatik obstrüksiyonun yaşla birlikte sıklığı artmaktadır. Dördüncü dekatta erkeklerde %30‑40 oranında tespit edilirken, 80 yaş üzeri erkeklerde bu oran %70‑80' e varan artış göstermektedir. Nüfusun yaşlanması ile birlikte BPH sıklığında da artış meydana gelmiş ve BPH en sık tespit edilen hastalıklardan biri olmuştur[93].

BPH, sebebi net olarak bilinmese de birçok etkene sekonder olduğu düşünülen multifaktöriyel bir hastalık olarak kabul edilir. Risk faktörleri incelendiğinde, kesin risk faktörü olarak kabul edilen durumlar yaşlanma ve androjendir. Diğer risk faktörleri incelendiğinde, diyabet, obezite ve metabolik sendrom, tütün kullanımı ve genetik faktörler göze çarpmaktadır[94]. Bu faktörlere ek olarak klinik veriler yeterli olmasa da östrojen hormonunun da BPH'ı tetiklediği düşünülmektedir. İnflamasyonun BPH'ı tetiklediği, vitamin D'nin ise BPH riskini azalttığı düşünülmektedir[93].

BPH tedavisinde orta seviyede veya şiddetli semptomlarda minimal invaziv tedaviler ve medikal tedaviler uygulanmaktadır. Medikal tedavi olarak α adrenerjik blokerler ve 5 α - redüktaz inhibitörleri kullanılmaktadır. Prostat boyutunu küçültmek açısından termal tedaviler, ablasyon ve laser gibi uygulamalar da mevcuttur. Medikal tedaviye yanıtsız olan hastalarda ise cerrahi tedavi seçeneği bulunmaktadır[92].

Üriner inkontinans, poliüri, noktüri, dizüri gibi alt üriner sistem şikayetleri olan bireylerin yaşam kalitesi önemli ölçüde etkilenmektedir. BPH hastalarında, BPH tanısı olmayan bireylere nazaran psikolojik olarak daha olumsuz durumda olduklarının belirlendiği birçok çalışma mevcuttur. BPH hastalarında anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlar çok sık olarak görülmektedir[95].

2.3. Major Depresif Bozukluk Tanısında Sık Kullanılan Ölçekler

Depresyonun varlığını ve seviyesini için çeşitli testler kullanılmaktadır. Beck Depresyon Ölçeği de bu testler arasında sık kullanılan testlerdendir. Depresyonun düzeyini belirlemek açısından Beck ve ark. Tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyon durumunu ve şiddetini saptamak için çoktan seçmeli 21 soruluk bir ölçektir. Her soru için puanlama sistemi en az 0, en fazla 3'tür. Depresyon şiddetini belirlemek için toplam puan baz alınmaktadır. 0-9 arası puan minimal depresyon belirtileri, 10-16 arası hafif depresyon belirtileri, 17-29 arası orta seviyede depresyon belirtileri ve 30-63 arası puan ise şiddetli seviyede depresyon belirtileri olduğuna işaret etmektedir. 17 puan ve üzeri ise depresyonun olduğuna işaret etmektedir[4].

DSM-5 Depresyon Ölçeği, depresyonu belirlemek açısından kullanılan araçlardandır. Ölçek dokuz maddeden oluşmaktadır ve son yedi gün içerisindeki depresif belirtileri sorgulamaktadır[7].

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında depresyonu riskini saptamak ve düzeyini ölçmek açısından geliştirilmiştir. Bu ölçek, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda depresyon tanısı koymak için kullanılan bir araç olmayıp; anksiyete ve depresyonun tanısını çok kısa sürede koyabilmek ve riskini saptamak açısından kullanılan bir araçtır[6].

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton tarafından geliştirilen, son bir haftadaki belirtiler baz alınarak bireylerin depresyon seviyelerini tespit etmek amacıyla kullanılan bir araçtır. Ölçekte uykuya dalmada zorlanma, gece uykudan uyanma, sabah erken uyanma, genetik ve somatik semptom ve bulguları içeren sorular bulunmaktadır. Toplam puan 0-53 arası olup, 0-7 arası puan alan bireylerde depresyon olmadığı, 8-15 arası bireylerde hafif depresyon olduğu, 16 ve üzeri puan alan bireylerde de majör depresyon olduğu söylenebilir[5].

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, prospektif, gözlemsel bir çalışmadır. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11.02.2025/40 tarih ve sayılı onayı ile Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayından sonraki 6 aylık süreçte, Eskişehir Tepebaşı Bahçelievler Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş ve üzeri, bilişsel bozukluğu olmayan, gönüllü ve bir veya daha fazla kronik hastalığı olan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Bu konudaki benzer çalışmalar ve %95 güven aralığı dikkate alınarak güç analizi yapılmış ve hedef grubun sayısı ortalama 350 olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastalara Helsinki Bildirgesi'ne göre hazırlanan '' Hasta Bilgilendirme Formu'' ve ''Hasta Onam Formu'' okutulmuş ve imzalı onamları alınmıştır.

Hastaların veri formunu doldurması talep edilmiş, bazı hastalara ise tarafımızca sorular sorulmuş ve veri formuna kaydedilmiştir. Çalışmada, hastaların sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, yaşama ortamı), sigara ve alkol kullanım durumları, kronik hastalıkları ve bu hastalıkların tedavisinde kullandıkları ilaçlar veri formuna kaydedilmiştir. 21 soru içeren Beck Depresyon Testi veri formuna kaydedilmiştir. Her soru için puan en az 0, en fazla 3'tür. Depresyon şiddetini belirlemek için toplam puan dikkate alınmaktadır. 0-9 arası puan minimal depresyon, 10-16 arası hafif depresyon, 17-29 arası orta seviyede depresyon ve 30-63 arası puan ise şiddetli seviyede depresyon olarak sınıflandırılmıştır. 17 puan ve üzeri ise şiddetli depresyonun var olduğunu belirtir şeklinde kaydedilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Sürekli veriler Ortalama ± Standart Sapma olarak belirtilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak belirtilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesinde Shapiro Wilk Testinden yararlanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin (korelasyon) yönü ve büyüklüğünün saptanması normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenler için ise Spearman korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-Kare ve Pearson Kesin (Exact)

Ki-Kare analizleri kullanılmıştır. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 23.0 programından yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p<0.05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışma, etik kurul onayından sonraki 6 ayda Eskişehir Tepebaşı Bahçelievler Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Çalışmaya en az 1 kronik hastalığı bulunan, 18 yaş ve üzeri 354 hasta dahil edilmiştir.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmada yer alan 354 hastanın 194'ü (%54.8) kadın, 160'(%45.2) erkekti. 354 hastanın yaş ortalaması 55.40±14.78 yıl olarak saptandı. Hastaların medeni durumları değerlendirildiğinde, evli 225 (%63.6) kişi, evli olmayan 129 (%36.4) kişi olarak belirlendi. Ortalama aylık gelir durumları değerlendirildiğinde ise geliri giderinden az olan 127 (%35.9), geliri giderine eşit 180 (%50.8), geliri giderinden fazla 47 (%13.3) hasta mevcuttu. Çalışmaya katılan hastaların mesleklerine bakıldığında, memur 38 (%10.7)kişi , özel sektörde çalışan 23 (%6.5) kişi, esnaf olan 3 (%0.8) kişi, çiftçi olan 1 (%0.3) kişi, işçi olan 22 (%6.2) kişi, emekli olan 129 (%36.4) kişi, ev hanımı olan 112 (%31.6) kişi mevcut idi. Hastaların yaşama ortamı değerlendirildiğinde, 98 (%27.7) kişi tek başına, 110 (%31.1) kişi eşiyle birlikte, 127 (%35.9) kişi eş ve çocuklarıyla birlikte, 19 (%5.4) kişi anne, baba ve/veya kardeşiyle yaşamaktadır. Hastaların demografik özellikleri Tablo 4.1'de belirtilmiştir.

Tablo 4.1 Hastaların Demografik Özellikleri

Ortalama ± Standart Sapma

		Hasta Sayısı	**Yüzde (%)**
cinsiyet	kadın	194	54,8
	erkek	160	45,2
medeni durum	Evli	225	63,6
	bekar	129	36,4
meslek	memur	38	10,7
	emekli	129	36,5
	İşçi	22	6,2
	esnaf	3	0,9
	çiftçi	1	0,3
	serbest	15	4,2
	ev hanımı	112	31,6
	özel	23	6,5
	diğer	11	3,1
gelir düzeyi	geliri giderinden düşük	127	35,9
	geliri giderine eşit	180	50,8
	geliri giderinden yüksek	47	13,3
yaşama ortamı	Tek	98	27,7
	eşiyle	110	31,1
	eş ve çocuklarla	127	35,9
	anne, baba, kardeşlerle	19	5,3

4.2. Hastaların Sigara-Alkol Kullanımları

Hastaların sigara kullanım oranları değerlendirildiğinde 130 (%36.7) kişi sigara kullanmakta olduğunu, 212 (%59.9) kişi sigara kullanmadığını belirtmiştir. 12 (%3.4) kişi sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Alkol kullanım açısından değerlendirildiğinde 60 kişi (%16.9) kişi kullandığını, 286 (%80.8) kişi kullanmadığını, 8 (%2.3) kişi ise bıraktığını belirtmiştir. Sigara-Alkol kullanım durumları Tablo 4.2 'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2 Sigara ve Alkol Kullanım Durumları

		Hasta Sayısı	Yüzde
sigara	Evet	130	36,7
	Hayır	212	59,9
	bıraktım	12	3,4
alkol	Evet	60	16,9
	Hayır	286	80,8
	bıraktım	8	2,3

4.3. Hastaların Kronik Hastalıkları

Hastaların kronik hastalıklarının dağılımı incelendiğinde, aterosklerotik kalp hastalığı 51 (%14.4) kişide, hipertansiyon 185 (%52.3) kişide, kanser 20 (%5.6) kişide, hiperlipidemi 41 (%11.6) kişide, epilepsi 12 (%3.4) kişide, diabetes mellitus 101 (%28.5) kişide, KOAH 8 (%2.3) kişide, astım 31 (%31) kişide, hipotiroidi 48 (%13.6) kişide, kronik böbrek yetmezliği 6 (%1.7) kişide, SVO 9 (%2.5) kişide, osteoporoz 9 (%2.5) kişide, tanılı depresyon 30 (%8.5) kişide mevcuttu. Hastaların kronik hastalık dağılımları Tablo 4.3. 'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3 Hastaların kronik hastalıklarının dağılımı

Kronik Hastalık	Durum	Hasta Sayısı	Yüzde
Aterosklerotik Kalp Hastalığı	**Yok**	303	85.6
	Var	51	14.4
Hipertansiyon	**Yok**	169	47.7
	Var	185	52.3
Kanser	**Yok**	334	94.4
	Var	20	5.6
Hiperlipidemi	**Yok**	313	88.4
	Var	41	11.6
Epilepsi	**Yok**	342	96.6
	Var	12	3.4
Diabetes Mellitus	**Yok**	253	71.5
	Var	101	28.5
KOAH	**Yok**	346	97.7
	Var	8	2.3
Astım	**Yok**	323	91.2
	Var	31	8.8
Hipotiroidi	**Yok**	306	86.4
	Var	48	13.6
Kronik Renal Yetmezlik	**Yok**	348	98.3
	Var	6	1.7
SVO	**Yok**	345	97.5
	Var	9	2.5
Osteoporoz	**Yok**	345	97.5
	Var	9	2.5
Duygudurum Bozukluğu (Depresyon Dışı)	**Yok**	353	99.7
	Var	1	0.3
Depresyon	**Yok**	324	91.5
	Var	30	8.5

4.4. Hastaların Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Depresyon Seviyeleri

Beck Depresyon Ölçeği'ne hastaların verdikleri cevaplara göre minimal depresyon 127(%35.9) kişide , hafif depresyon 112 (%31.6) kişide , orta seviyede depresyon 97 (%27.4) kişide, şiddetli depresyon 18 (%5.1) kişide tespit edilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon durumları Tablo 4.4. 'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4 Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Hastaların Depresyon Seviyeleri

Beck Depresyon Ölçeği	**Hasta Sayısı**	**Yüzde (%)**
0-9 (minimal depresyon)	127	35.9
10-16 (hafif depresyon)	112	31.6
17-29 (orta seviyede depresyon)	97	27.4
30-63 (şiddetli depresyon)	18	5.1
Toplam	354	100

4.5. Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Depresyon Riski Durumu

Kabul edilen kesme puanı 17 olarak baz alındığında, depresyon riski açısından yüksek olan 115 (%32.5) kişi tespit edilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği'ne göre yüksek riskli depresyon durumu Tablo 4.5.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5 Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Yüksek Depresyon Riski

Beck Depresyon Ölçeği	**Hasta Sayısı**	**Yüzde (%)**
0-16	239	67.5
17-63 (depresyon riski yüksek)	115	32.5
Toplam	354	100.0

4.6. Sosyodemografik Veriler ile Depresyon Riski Arasındaki İlişki

Sosyodemografik verilerle Beck Depresyon Ölçeği ilişkisi incelendiğinde, cinsiyet ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Medeni durum ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki

saptanmış olup; evli olanlarda evli olmayanlara göre depresyonun daha az görüldüğü tespit edilmiştir. Gelir düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yaşama ortamı ile depresyon arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup, yalnız yaşayanlarda depresyon riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sosyodemografik veriler ile depresyon arasındaki ilişki Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6 Demografik Veriler ile Depresyon Arasındaki İlişki

Demografik Veriler		**Beck Depresyon Ölçeği**				**p***
		0-9	**10-16**	**17-29**	**30-63**	
Yaş	18-39	25	14	15	5	0.26
	40-64	70	62	45	8	
	>=65	32	36	37	5	
Cinsiyet	Kadın	61	60	62	11	0.113
	Erkek	66	52	35	7	
Medeni Durum	Evli	98	82	41	4	<0.001
	Evli Olmayan	29	30	56	14	
Gelir Düzeyi	Gelir Az	38	42	42	5	0.106
	Gelir Eşit	64	57	48	11	
	Gelir Fazla	25	13	7	2	
Yaşama Ortamı	Tek	20	18	47	13	<0.001
	Eşiyle	46	47	16	1	
	Eşi ve Çocuklarla	53	44	28	2	
	Anne,baba, kardeşler	8	3	6	2	

Beck kesme puanı 17 olarak baz alınarak depresyon riski değerlendirildiğinde, cinsiyete göre depresyon şiddetinde anlamlı ilişki saptanmış olup; kadınlarda şiddetli depresyon riskinin erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yaşama ortamı açısından değerlendirildiğine istatistiksel olarak anlamlı ilişki

saptanmış olup; yalnız yaşayanlarda şiddetli depresyon riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca evli olmayanlarda evli olanlar ile kıyaslandığında şiddetli depresyon riski daha yüksek saptanmıştır. Demografik verilerle depresyon şiddeti arasındaki ilişki Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7 Demografik Verilerle Şiddetli Depresyon Arasındaki İlişki

		Beck Puanı (hafif depresyon)	**Beck Puanı (şiddetli depresyon)**	**p**
Demografik Veriler		0-16	17-63	
Yaş	18-39	39	20	0.23
	40-64	132	53	
	>=65	68	42	
Cinsiyet	Kadın	121	73	0.023
	Erkek	118	42	
Gelir Düzeyi	Gelir Az	80	47	0.082
	Gelir Eşit	121	59	
	Gelir Fazla	38	9	
Yaşama Ortamı	Tek	38	60	<0.001
	Eşiyle	93	17	
	Eş ve Çocuklar	97	30	
	Anne-Baba	11	8	
Medeni Durum	Evli	180	45	<0.001
	Evli Olmayan	59	70	

Yaşın artması ile depresyon arasında korelasyon tespit edilmemiştir. Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8 Yaş ile Depresyon Arasındaki İlişki

	Beck Depresyon Ölçeği
Yaş	0.079; p=0.13*

***Spearman Korelasyon Testi**

4.7. Depresyon ile Kronik Hastalıklar Arasındaki İlişki

Depresyon ve kronik hastalıklar arasındaki ilişki incelendiğinde; kanser hastalığı ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, kanser hastalarında depresyon riski diğer hastalıklara göre yüksek bulunmuştur. Diğer kronik hastalıklar ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Depresyon ve kronik hastalıklar arasındaki ilişki tablo 4.9'de gösterilmiştir.

Tablo 4.9 Depresyon ile Kronik Hastalıklar Arasındaki İlişki

		Beck Depresyon Ölçeği				p
Kronik Hastalık	**Durum**	0-9	10-16	17-29	30-63	
Hipertansiyon	**Yok**	63	57	39	10	0.35
	Var	64	55	58	8	
Kanser	**Yok**	123	110	85	16	0.003
	Var	4	2	12	2	
Hiperlipidemi	**Yok**	113	98	85	17	0.84
	Var	14	14	12	1	
Hipotiroidi	**Yok**	114	97	79	16	0.34
	Var	13	15	18	2	
Diabetes Mellitus	**Yok**	96	80	63	14	0.33
	Var	31	32	34	4	
KOAH	**Yok**	125	110	93	18	0.5
	Var	2	2	4	0	
Astım	**Yok**	112	105	89	17	0.45
	Var	15	7	8	1	
Obezite	**Yok**	116	107	94	17	0.3
	Var	11	5	3	1	
Kalp Hastalığı	**Yok**	105	98	85	15	0.65
	Var	22	14	12	3	

Beck kesme puanı 17 olarak baz alınarak depresyon riski ve şiddeti değerlendirildiğinde, depresyon şiddeti ile kanser, epilepsi ve böbrek yetmezliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Kanser hastaları, böbrek yetmezliği hastaları ve epilepsi hastalarında şiddetli depresyon riski anlamlı ölçüde fazladır. Diğer kronik hastalıklar ile şiddetli depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Depresyon şiddeti ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki Tablo 4.10 ‘da gösterilmiştir.

Tablo 4.10 Depresyon şiddeti ile Kronik Hastalıklar Arasındaki İlişki

	Beck Depresyon Puanı			p
Kronik Hastalık	**Durum**	0-16 (hafif)	17-63 (şiddetli)	
Hipertansiyon	**Yok**	120	49	0.18
	Var	119	66	
Kanser	**Yok**	233	101	<0.001
	Var	6	14	
Hiperlipidemi	**Yok**	211	102	0.9
	Var	28	13	
Hipotiroidi	**Yok**	211	95	0.14
	Var	28	20	
Diabetes Mellitus	**Yok**	176	77	0.19
	Var	63	38	
KOAH	**Yok**	235	111	0.28
	Var	4	4	
Astım	**Yok**	217	106	0.66
	Var	22	9	
Obezite	**Yok**	223	111	0.22
	Var	16	4	
SVO	**Yok**	235	110	0.15
	Var	4	5	
Epilepsi	**Yok**	236	106	0.003
	Var	3	9	
Osteoporoz	**Yok**	232	113	0.72
	Var	7	2	
Böbrek Yetmezliği	**Yok**	238	110	0.015
	Var	1	5	
Kalp Hastalığı	**Yok**	203	100	0.61
	Var	36	15	

Vücut sistemleri ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde nörolojik sistem hastalıkları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Nörolojik hastalıklarda depresyon riski , diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer sistem hastalıkları ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sistemler ile depresyon arasındaki ilişki Tablo 4.11' de gösterilmiştir.

Tablo 4.11 Vücut Sistemleri ile Depresyon Arasındaki İlişki

		Beck Depresyon Ölçeği				**p**
Kronik Hastalık(Sistem)	**Durum**	0-9	10-16	17-29	30-63	
Solunum Sistemi Hast.	**Yok**	110	102	86	17	0.61
	Var	17	10	11	1	
Kardiyovasküler Sistem Hast.	**Yok**	51	45	33	9	0.55
	Var	76	67	64	9	
Nörolojik Sistem Hast.	**Yok**	121	104	82	14	0.009
	Var	6	8	15	4	
Endokrin Sistem Hast.	**Yok**	86	69	53	13	0.18
	Var	41	43	44	5	

Beck kesme puanı 17 olarak baz alınarak, vücut sistemleri ile depresyon durumu ve şiddeti arasındaki ilişki incelendiğinde nörolojik sistem hastalıkları ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Nörolojik hastalıklarda şiddetli depresyon riski diğer sistem hastalıklarına göre daha yüksektir. Sistemler ile depresyon durumu ve şiddeti arasındaki ilişki Tablo 4.12 ' de gösterilmiştir.

Tablo 4.12 Vücut Sistemleri ile Depresyon Şiddeti Arasındaki İlişki

	Beck Depresyon Puanı			p
Kronik Hastalık(Sistem)	**Durum**	0-16 (hafif)	17-63 (şiddetli)	
Solunum Sistemi Hast.	**Yok**	212	103	0.8
	Var	27	12	
Kardiyovasküler Sistem Hast.	**Yok**	96	42	0.51
	Var	143	73	
Nörolojik Sistem Hast.	**Yok**	225	96	0.001
	Var	14	19	
Endokrin Sistem Hast.	**Yok**	155	66	0.175
	Var	84	49	
Romatolojik Hast.	**Yok**	227	111	0.51
	Var	12	4	
Gastrointestinal Hast.	**Yok**	233	114	0.435
	Var	6	1	
Üriner Sistem Hast.	**Yok**	226	110	0.66
	Var	13	5	

4.8. Sık Kullanılan İlaçlar ve Depresyon Arasındaki İlişki

Hastaların en sık kullandığı ilaçlar sırasıyla Beta Bloker İlaçlar (%22.6), ACE İnhibitörleri (%21.5) ve metformin (%17.8) olarak tespit edilmiştir. Hastaların sık kullandığı ilaçlar Tablo 4.13'de gösterilmiştir.

Tablo 4.13 Hastaların Sık Kullandığı İlaçlar

Kullanılan İlaç	Durum	Hasta Sayısı	Yüzde
ACE İnhibitörü	**Yok**	278	78.5
	Var	76	21.5
Angiotensin Reseptör Blokeri	**Yok**	311	87.9
	Var	43	12.1
Kalsiyum Kanal Blokeri	**Yok**	319	90.1
	Var	35	9.9
Beta Bloker	**Yok**	274	77.4
	Var	80	22.6
Levotiroksin	**Yok**	304	86.4
	Var	48	13.6
Metformin	**Yok**	291	82.2
	Var	63	17.8
İnsülin	**Yok**	337	95.2
	Var	17	4.8
Asetilsalisilik asit	**Yok**	312	88.1
	Var	42	11.9
Statinler	**Yok**	320	90.4
	Var	34	9.6
Serotonin Geri Alım İnhibitörleri	**Yok**	325	91.8
	Var	29	8.2
Alfa-bloker	**Yok**	335	94.6
	Var	19	5.4
Proton Pompa İnhibitörleri	**Yok**	340	96
	Var	14	4

İlaçlar ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. İlaçlar ile depresyon arasındaki ilişki Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

Tablo 4.14 Kullanılan İlaçlar ile Depresyon Arasındaki İlişki

		Beck Depresyon Ölçeği				p
Kullanılan İlaç	**Durum**	0-9	10-16	17-29	30-63	
ACE İnhibitörü	**Yok**	101	84	79	14	0.706
	Var	26	28	18	4	
Angiotensin Reseptör Blokeri	**Yok**	114	94	85	18	0.208
	Var	13	18	12	0	
Kalsiyum Kanal Blokeri	**Yok**	119	100	85	15	0.318
	Var	8	12	12	3	
Beta Bloker	**Yok**	96	94	68	16	0.064
	Var	31	18	29	2	
Levotiroksin	**Yok**	113	97	80	16	0.553
	Var	14	15	17	2	
Metformin	**Yok**	106	90	79	16	0.804
	Var	21	22	18	2	
Asetilsalisilik asit	**Yok**	110	101	86	15	0.765
	Var	17	11	11	3	
Statinler	**Yok**	111	100	92	17	0.259
	Var	16	12	5	1	
Alfa-bloker	**Yok**	119	105	95	16	0.302
	Var	8	7	2	2	

Beck kesme puanı 17 olarak baz alındığında, kullanılan ilaçlar ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. İlaçlar ile şiddetli depresyon arasındaki ilişki Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4.15 İlaçlar ile Şiddetli Depresyon Arasındaki İlişki

	Beck Depresyon Puanı			p
Kulanılan İlaçlar	**Durum**	0-16 (hafif)	17-63 (şiddetli)	
ACE İnhibitörü	**Yok**	185	93	0.457
	Var	54	22	
Angiotensin Reseptör Blokeri	**Yok**	208	103	0.494
	Var	31	12	
Kalsiyum Kanal Blokeri	**Yok**	219	100	0.168
	Var	20	15	
Beta Bloker	**Yok**	190	84	0.174
	Var	49	31	
Levotiroksin	**Yok**	210	96	0.259
	Var	29	19	
Metformin	**Yok**	196	95	0.89
	Var	43	20	
İnsülin	**Yok**	231	106	0.065
	Var	8	9	
Asetilsalisilik asit	**Yok**	211	101	0.901
	Var	28	14	
Statinler	**Yok**	211	109	0.052
	Var	28	6	
Alfa-bloker	**Yok**	224	111	0.274
	Var	15	4	
Proton Pompa İnhibitörleri	**Yok**	228	112	0.562
	Var	11	3	

5.TARTIŞMA

Major Depresif Bozukluk, dünyada önemli bir sağlık problemi olarak göze çarpmaktadır. Kişilerin hayatlarını olumsuz etkilemekte, fonksiyon kaybına yol açmakta ve intihar riskinde artışa yol açmaktadır[10]. Depresyon, normal üzüntülü durumdan ağır psikoza kadar geniş bir çerçevede yer alabilen semptomlar bütünü olup, genel olarak görülme sıklığı %3.5-6.5 oranında değişkenlik göstermektedir. Risk faktörleri açısından bakıldığında; kadın cinsiyet, ergenlik ve yaşlılık dönemi, sosyoekonomik seviyenin düşük olması, aile öyküsü pozitifliği, evli olmama durumu, stresli dönemler yaşama öyküsü gibi durumlar risk faktörleri arasında sayılmaktadır[9]. DSM-5'e göre Major Depresif Bozukluk, en az iki haftadır devamlı ve hemen hemen gün boyu mevcut olan ve kişilerin günlük aktivitelerini etkileyen bir durum olarak tanımlanır. Tanı kriterleri olarak, üzgün ve çökkün duygudurum, ilgi ve istek kaybı, iştah bozuklukları, uyku sorunları, konsantrasyon problemleri, intihar düşünceleri gibi semptomlar bulunmaktadır[10].

Bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl 40 milyon insanın ölümüne yol açmaktadır. Bu ölümlerin çoğu, düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Ölüme en sık neden olan bu grup hastalıklar kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diabetes mellitus ve KOAH olarak tespit edilmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri değerlendirildiğinde; sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam, sağlıksız beslenme göze çarpmaktadır[96]. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalara göre, 22 milyon kişinin kronik hastalıklardan en az birine sahip olduğu ve kronik hastalığı olan her üç kişiden birinde ise depresyon ve ilişkili şikayetlerin görüldüğü ile ilgili bildirimler yapılmıştır[97]. Bu bakımdan çalışmamızda kronik hastalıklar ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir.

Aytap F. Ve Özer Z. tarafından yapılan, kronik hastalık ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada; bekarlar, gelir durumu iyi olmayanlar ve çalışmayanlarda depresyon riski yüksek bulunmuştur[97]. Aydemir Y. ve ark. yaptığı kronik solunum ve kalp hastalıkları ile depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, yaş arttıkça depresyonun arttığı tespit edilmiş, kadınlarda ve evlilerde depresyon riski daha yüksek bulunmuştur[98]. Çalışmamızdaki sosyodemografik veriler ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş, gelir

düzeyi ve cinsiyet ile depresyon arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiş ancak evli olmayanlarda ve tek yaşayanlarda depresyon riski daha yüksek bulunmuştur. Beck kesme puanı 17 olarak baz alınarak değerlendirildiğinde; kadınlarda, evli olmayanlarda ve tek yaşayanlarda şiddetli depresyon riski daha yüksek bulunmuştur. Yaş ve gelir düzeyi ile şiddetli depresyon arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Evli olmayanlarda ve tek yaşayanlarda depresyon riskinin daha yüksek olması, yalnızlığın depresyona neden olduğu şeklinde yorumlanabilir. Sosyal bir varlık olan insanın yalnızlıkla başa çıkmasının zor olmasının beklenen ve doğal bir sonuç olduğunu düşünüyoruz. Kadınlarda şiddetli depresyon riskinin erkeklere nazaran yüksek olması ise, kadınların erkeklere göre daha duygusal olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Karayağız Ş. yaptığı Dahiliye polikliniğine başvuran bir grup hastada depresyon durumunu değerlendiren bir çalışmada; Beck Depresyon Ölçeği'ne göre minimal depresyon oranı %38.02, hafif depresyon oranı %27.27, orta şiddette depresyon oranı %28.10 ve şiddetli depresyon oranı %6.62 olarak tespit edilmiştir[99]. Güzel A. ve Ergün G. Beck Depresyon Ölçeği kullanarak üniversite öğrencilerinde depresyon durumunu araştırdığı bir çalışmada; minimal depresyon %51.6, hafif depresyon %22.3, orta seviye depresyon %18.7 ve şiddetli depresyon %7.4 olarak bulunmuştur[4]. Çalışmamızda ise minimal depresyon %35.9, hafif depresyon %31.6, orta şiddette depresyon %27.4, şiddetli depresyon ise %5.1 olarak bulunmuştur.

Kronik hastalığı olan bireylerde, kronik hastalığı olmayan gruplara göre depresyon riskinin yüksek bulunmasının nedenleri arasında birçok neden gösterilebileceği kanaatindeyiz. Kronik hastalığın neden olabileceği sosyal izolasyon, kronik hastalığın gelecekte hastaya ne gibi sonuçlarının olacağıyla ilgili belirsizlik durumu, sürekli ilaç kullanmak zorunda kalmanın verdiği rahatsızlık, çoklu ve uygunsuz ilaç kullanımları ve bu durumun yarattığı ilaç etkileşimleri gibi nedenlerin kronik hastalığı olan gruplarda depresyon olasılığını artırabileceğini düşünüyoruz.

Aydemir Y. ve ark. yaptığı çalışmada kronik solunum ve kalp hastalarında depresyon oranı %75 olarak tespit edilmiştir[98]. Benli N.Ç. ve ark. yaptığı bir çalışmada kalp yetmezliği olan hastalarda depresyon oranı %73.3, diğer kronik

hastalığı olanlarda depresyon oranı ise %60 olarak bulunmuştur[100]. Çalışmamızda depresyon ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki incelendiğinde; kanser ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, kanser hastalarında depresyon riski diğer hastalıklara göre yüksek bulunmuştur. Diğer kronik hastalıklar ile depresyon arasında ise ilişki görülmemiştir. Beck kesme puanı 17 olarak baz alınarak depresyon riski ve şiddeti değerlendirildiğinde, depresyon şiddeti ile kanser, epilepsi ve böbrek yetmezliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Kanser hastaları, böbrek yetmezliği hastaları ve epilepsi hastalarında şiddetli depresyon riski yüksektir. Diğer kronik hastalıklar ile şiddetli depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

Kanser hastalarında hem depresyon riskinin hem de şiddetli depresyon riskinin yüksek bulunmasının beklenen bir durum olduğunu düşünüyoruz. Kanserin en sık ölüme yol açan hastalıklarda üst sıralarda yer alması, kansere yüklenen toplumsal anlamların bu sonucu doğurduğu kanaatindeyiz. Böbrek yetmezliği hastalarında tedavi sürecinin ve özellikle diyalizin zorlu bir süreç olması depresyonla ilişkisini açıklayabilir. Epilepsi hastalarında ise nöbetle ilişkili durumlar ve olası sosyal izolasyona sekonder gelişebilen yalnızlık duygusunun depresyona yol açmasının beklenebileceğini düşünüyoruz. Bizim çalışmamızda anlamlı ilişki saptanmasa da, diğer kronik hastalıklar ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek için başka çalışmalara da ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda vücut sistemleri ile depresyon arasındaki ilişki açısından bakıldığında, nörolojik sistem hastalıkları ile depresyon ve şiddetli depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Nörolojik hastalıklarda depresyon riski, diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer sistem hastalıklarının depresyon ile anlamlı ilişkisi saptanmamıştır. Serebrovasküler hastalık, epilepsi, multipl skleroz gibi nörolojik hastalıkların hastalarda neden olduğu morbiditenin depresyona neden olabileceği kanaatindeyiz. Diğer sistem hastalıklarının depresyonla ilişkisi ile alakalı detaylı inceleme ve birçok çalışma yapılması gereklidir.

Çalışmamızda en sık kullanılan ilaç grubu Beta Bloker ilaçlar olarak tespit edilmiştir. Hastaların kullandığı ilaçlar ile depresyon ve şiddetli depresyon arasında

ilişki tespit edilmemiştir. İlaçlar ile depresyon arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla daha çok çalışma yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

Kardiyovasküler sistem ilaçları açısından değerlendirildiğinde antiaritmik ilaçlardan verapamil, dijitaller ve prokainamidin depresyona yol açabileceği belirtilmiştir. Antihipertansif ilaçlardan metildopa, beta blokerler, reserpin, klonidin, kaptopril, enalapril ve diüretiklerin depresyona yol açabileceği düşünülmektedir[101].

Kötüye kullanılan ilaçlar ve alkolün de depresyonla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bazı merkezi sinir sistemi ilaçları da depresyonla ilişkilendirilmiştir. Bu ilaçlardan bazıları barbitüratlar, benzodiazepinler, levodopa, kolinesteraz inhibitörleri ve bazı antipsikotiklerdir[102]. Antineoplastik bazı ilaçların ve bazı immün ajanların depresyona sebep olduğu belirtilmektedir. Bu ilaçlar arasında vinkristin, vinblastin, prokarbazin, interferon alfa ve interlökin-2 gösterilebilir[102]. Bazı hormon salgılayan ilaçlar depresyona neden olmaktadır. Oral kontraseptif grubu ilaçlar, progestonlu implantlar ve steroidler örnek olarak gösterilebilir[102]. İndometazin, opiatlar, metoklopramid, meflokin ve simetidin gibi bazı ilaçlar da depresyona yol açabilmektedir[102].

İlaca bağlı depresyon, genç popülasyona kıyasla yaşlılarda daha sık görülmektedir. Bu durumun sebebi yaşla birlikte meydana gelen ilacın famakokinetik ve farmakodinamik değişiklikleridir. Yaşlanma ile birlikte görülen vücut yağ oranında değişiklik, serum albümin düzeyinde azalma, karaciğer kan akımında meydana gelen azalma, Glomeruler Filtrasyon Hızı'nda meydana gelen düşüş ve polifarmasi gibi durumlar bu değişikliklere yol açan faktörlerdendir[103]. Yaşlılarda yan etki olarak depresyona yol açabilen ilaçlar; antihipertansif ilaçlardan beta blokerler, ACE İnhibitörleri, kalsiyum kanal blokerleri ve rezerpin olarak gösterilebilir. Ayrıca dijitaller de depresyon ile ilişkilendirilmiştir. Bu ilaçlara ek olarak statinler, bazı non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar, kortikosteroidler, H2 reseptör blokerleri ve sikloserin,izoniazid gibi bazı anti tüberküloz ilaçların da yaşlılarda depresyonu indüklediği belirtilmiştir[103].

5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

1. Çalışma tek merkezde, Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. İkinci ve üçüncü basamak hastaneler de çalışmaya eklenerek daha geniş kapsamlı araştırma yürütülebilir. Bu şekilde kronik hastalıklarda depresyon durumu ve şiddeti daha net olarak değerlendirilebilir.

2. Çalışmaya 18 yaş altı dahil edilmemiştir. Çalışma sadece erişkin nüfusun kronik hastalıklarını değerlendirmek için anlamlı kabul edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda, evli olmayanlarda ve tek yaşayanlarda depresyon riski yüksek bulunmuştur. Evli olmayanlarda, yalnız yaşayanlarda ve kadınlarda ise şiddetli depresyon riski yüksek bulunmuştur.

2. Çalışmamızda kanser hastalarında depresyon riski, kanser hastası olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Şiddetli depresyon riski ise, kanser, epilepsi ve böbrek yetmezliği hastalarında yüksek bulunmuştur. Vücut sistemleri açısından değerlendirildiğinde ise nörolojik sistem hastalıklarında depresyon riski anlamlı ölçüde yüksek tespit edilmiştir. Çalışmamızdan, kanser hastalarında ve nörolojik hastalığı olan bireylerde depresyon açısından daha dikkatli olunması sonucu çıkarılabilir.

3. Çalışmamızda sık kullanılan ilaçlar ile depresyon arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

4. Kronik hastalıklarda depresyon riski aile hekimleri tarafından dikkate alınmalıdır. Kronik hastalığı olan bireyler değerlendirilirken depresyon olup olmadığı da incelenmelidir. Aile hekimlerinin depresyonun erken tanısı ve tedavisini dikkate almasının her bireyde özellikle de kronik hastalığı olan bireylerde tedavi süreçlerine olumlu anlamda katkısı olacaktır. Aile hekimlerinin meslek içi eğitimlerinde depresyon daha sık yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1. İnalkaç, S. ve H. Arslantaş, Depresyon tanılı hastalarda duygusal yeme ve etkileyen faktörler. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021. 7(3): s. 243-257.
2. Aydemir, T. ve Ş. Çetin, Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. Journal of Anatolian Medical Research, 2019. 4(3): s. 109-115.
3. Acar, İ.E., ve ark., Hipertansiyon Hastalarının Yaşam Tarzı Değişikliklerine ve İlaç Tedavisine Uyumlarının incelenmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 2024. 14(4): s. 407-419.
4. Güzel, A. ve G. Ergün, Üniversite öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020. 9(2): s. 279-289.
5. San, A., ve ark., Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Düzeylerinin; Madde Kullanımları ve Aile Tutumları Arasındaki İlişki. Bağımlılık Dergisi, 2020. 21(1): s. 1-12.
6. Gök, F. ve F.K. Hergül, Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Journal of Advanced Research in Health Sciences, 2020. 3(3): s. 195-206.
7. Dikici, D.S., K. Ascibasi, ve O. Aydemir, DSM-5 depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2017. 18(2): s. 51-56.
8. TEKİNTAŞ, N.S., ve ark., Major Depresif Bozukluk ve Fibromiyalji Sendromu Hastalarında İşlevsel Bedensel Belirtiler ve Belirleyicileri. 2022.
9. KILIÇ, N., M.M. KULOĞLU, ve B. ÜSTÜNDAĞ, Şizofreni ve Majör Depresif Bozuklukta Cinsiyet Hormon Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Firat Tip Dergisi, 2023. 28(2).
10. ÇELİK, E. ve M. KARAAZİZ, Majör Depresif Bozukluk Ve BDT Terapisi Üzerine Derleme. ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities, 2024. 8(2): s. 41-56.
11. Güngör, B.Ş. ve A. Güngör, Majör Depresif Bozuklukta Gen-Çevre Etkileşimi. Humanistic Perspective, 2024. 6(2): s. 240-265.

12. ÖZÇİLOĞLU, F. ve M. KARAAZİZ, Majör Depresif Bozukluk ve Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Sistematik Derleme. Ulusal ve Uluslararası Sosyoloji ve Ekonomi Dergisi, 2025. 5(9): s. 462-478.
13. Kayan, G.T., S.Y. İnan, ve Y. Karataş, Depresyon Tedavisinde Kullanılan İlaçların Etki Mekanizmalarındaki Yeni Gelişmeler. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 33(4): s. 227-233.
14. Karabulut, H. ve E. Arslan, Hatay İl Merkezindeki Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler. Mersin University School of Medicine Lokman Hekim Journal of History of Medicine & Folk Medicine, 2025. 15(2).
15. Çakmak, V.S., Hipertansiyon Hastalarının Akılcı İlaç Kullanımı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel Çalışma. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2024. 7(3): s. 487-494.
16. Çelik, D., E. Atıcı, ve A. Bulut, Bir aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon hastalarının öz yeterlilik algıları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2025. 6(1): s. 7-14.
17. Atila, D., ve ark., Bir aile hekimliği birimine başvuran hipertansiyon tanılı bireylerin hastalıkla ilişkili bilgi düzeyi ve tutumları. Journal of Medicine and Palliative Care, 2021. 2(3): s. 66-70.
18. Yücel, O., H. Güneş, ve M.B. Yılmaz, Kronik Aort Yetmezliği Olan Hastalarda Hipertansiyon Sıklığı. KSU Medical Journal, 2022. 17(2): s. 167-171.
19. Özekinci, A. ve İ.O. Eminsoy, Esansiyel Hipertansiyon-Genetik İlişkisi ve Tuz Duyarlılığı. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2023. 8(3): s. 219-234.
20. Hipertansiyon, S., B. Çakır, ve S. Altay, Sekonder Hipertansiyon.
21. Fidancı, İ., ve ark., Esansiyel Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Anksiyete veya Depresyon Görülme Sıklıklarının Değerlendirilmesi: Retrospektif Çalışma. KSU Medical Journal, 2022. 17(3): s. 72-76.

22. Başol, Y. ve Z. Özer, Hipertansif Hastalarda Depresyon Düzeyi, Öz Etkililik ve Öz Bakım Gücünün İncelenmesi. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2025. 16(39): s. 40-48.
23. Yıldız, A. ve G. Kızıltan, Diyabet Kliniğine Başvuran Bireylerde Anormal Yeme Davranışlarının ve Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2023. 8(2): s. 173-187.
24. Aytemur, M. ve B. İnkaya, Diabetes mellituslu bireylerde diyabet komplikasyon risk algısının ve diyabet öz yönetim becerilerinin incelenmesi. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi, 2022. 6(2): s. 121-130.
25. Bellikci-koyu, E., ve ark., Tip 2 diabetes mellituslu hastaların bitkisel destek kullanım durumları. Akdeniz Tıp Dergisi, 2021. 7(3): s. 377-384.
26. Gülen, A.H., N.A. Korkusuz, ve E. Korkusuz, Diyabet teknolojilerinin diyabetli bireyler üzerindeki etkisi ve diyabet kabul durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2023. 10(3): s. 348-355.
27. Uygur, M.M. ve D.G. Yavuz, Diyabet tanısı ve sınıflandırılması. Turkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics, 2017. 3(3): s. 120-129.
28. Süt, C., R.D. Aygül, ve S.M. Mercanlıgil, Antioksidan Vitaminlerin Diabetes Mellitus'ta Gelişen Oksidatif Stres Üzerindeki Rolü. Selçuk Sağlık Dergisi, 2023. 4(3): s. 503-519.
29. İğci, N. ve N.S. Akkeçeci, Diyabetin Komplikasyonları. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 19(3): s. 162-166.
30. Kayır, T. ve C. Öztekin, Bir aile sağlığı merkezine başvuran diabetes mellitus ve/veya hipertansiyon hastalarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. Hitit Medical Journal, 2022. 4(2): s. 49-55.
31. Eken, B.F. ve Ş. Oktay, Hiperlipideminin Periodontal Hastalıklar Üzerine Etkisi. European Journal of Research in Dentistry, 2023. 7(1): s. 41-46.
32. Eren, F. ve K. Yücel, İskemik ve Hemorajik İnme Hastalarında Kan Lipid Parametrelerinin Karşılaştırılması ve Mortalite ile İlişkisi. Sakarya Tıp Dergisi, 2021. 11(2): s. 400-408.

33. Kiliçarslan, A. ve G.Ş. Öz, Hiperlipidemiye güncel bakış. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012. 19: s. 1-8.
34. Parekh, A., ve ark. The role of lipid biomarkers in major depression. in Healthcare. 2017. MDPI.
35. Olcay, Ç. ve A.G.S. Nehir, Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,2011 27 (2) : s. 47-59.
36. Demirbaş, E. ve Y. Kaya, Miyokard infarktüsü geçiren hastaların anksiyete, depresyon düzeyleri ve stresle baş etme yöntemleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişki. Black Sea Journal of Health Science, 2022. 5(3): s. 344-355.
37. Tülüce, D., Koroner arter hastalığının yönetimi: Cinsiyet farklılığı. Turk J Cardiovasc Nurs, 2021.
38. Kasapoğlu, E.S. ve N. Enç, Koroner arter hastaları için bir rehber. 2017.
39. Büber, İ. ve C.İ. Sevgican, Koroner arter hastalığı olanlarda medikal tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumun değerlendirilmesi. Pamukkale Medical Journal, 2022. 15(2): s. 239-250.
40. Atasoy, S. ve A. Güngör, Evaluation of nutrition knowledge level and obesity status of university students. TJFM&PC, 2022. 16(2): s. 340-349.
41. Berberoğlu, Z. ve C. Hocaoglu, Küresel sağlık sorunu 'obezite': Güncel bir gözden geçirme. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2021. 8(3): s. 543-552.
42. Satman, İ., Türkiye'de obezite sorunu. Turkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol-Special Topics, 2016. 9(2): s. 1-11.
43. Demiray, G. ve F. Yorulmaz, Halk sağlığı bakışıyla obezite yönetimi. Sağlık Bilimlerinde Değer, 2023. 13(1): s. 147-155.
44. Durmuşçelebi, E. ve M. Akman, Obezite ile depresyon ve benlik saygısı durumunun ilişkisinin değerlendirilmesi. OPUS International Journal of Society Researches, 2021. 17(34): s. 903-919.
45. Sezer, O., ve ark., Akut serebrovasküler hastalık tanısı ile takip edilen hastalardaki sıvı elektrolit dengesizliklerinin analizi. Journal of Uludağ University Medical Faculty, 2022. 48(3): s. 307-313.

46. Kuş, C., ve ark., Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Serebrovasküler Hastalık Farkındalığı. Osmangazi Tıp Dergisi, 2023. 45(3): s. 416-424.
47. Aykaç, Ö., Beyin Damar Sağlığı: İnme ve Ötesi. Osmangazi Tıp Dergisi, 2025. 47(Beyin Farkındalığı 2025 Özel Sayısı): s. 79-86.
48. Koyu, E.B., G. Kaner, ve E.A. Yıldız, İnme ve beslenmenin inme üzerine etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016. 5(4): s. 112-118.
49. Şahin, A.D., Y. Üstü, ve D. Işık, Serebrovasküler hastalıklarda önlenebilen risk faktörlerinin yönetimi. Ankara Medical Journal, 2015. 15(2).
50. KALAOĞLU, E., Relationship Between the Severity of Post-Stroke Depressive Symptoms and Clinical Findings. Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences, 2025. 28(2).
51. Akeren, Z. ve S. Hintistan, Kanser Hastalarının Semptom Yönetimimnde Aromaterapi Kullanımı. Sakarya University Journal of Holistic Health, 2021. 4(3): s. 136-154.
52. Deniz, E.B., Kanser Epidemiyolojisi. Turkey Health Literacy Journal, 2022. 3(2): s. 102-111.
53. Uçak, S. ve G. Kızıltan, Akdeniz diyeti ve kanser. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2021. 6(2): s. 105-121.
54. Tuncez, I.H., N. Aksoy, ve M. Koc, National cancer screening program results; a city example. Phnx Med J, 2021. 3(2): s. 69-73.
55. Aşut, G., S. Ceran, ve G.Ö. Bilgili, Kanser Hastalarında Sosyal Medya Kullanımı, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikolojik Dayanıklılık ile Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin İlişkisi.
56. Koç, B.Ö., Ö. Güler, ve B. Yücens, Akciğer, Kolorektal ve Baş-Boyun Kanseri Olan Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve İntihar Olasılığı. Kocatepe Tıp Dergisi, 2021. 22(1): s. 21-28.
57. Çakıroğlu, R., ve ark., Aile Hekimliği Polikliniğinde Hipotiroidi Tanısı Alan Hastalarda Tiroid Oto-Antikorlarının Pozitiflik Oranlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Journal of One Health Research, 2024. 2(1): s. 9-13.

58. Gökçe, A., ve ark., Hashimoto Tiroiditi Tanısı Alan Hastaların Klinik ve Laboratuvar Özelliklerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2023. 14(3): s. 181-190.
59. İğde, M.E. ve H. Balcıoğlu, Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hipotiroidi Tanılı Hastaların İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi. Eskisehir Medical Journal, 2024. 5(3): s. 110-116.
60. Çağlayan, M., Primer Hipotiroidi ve Primer Hipertiroidili Hastalarda Koroid Kalınlığının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2021. 35(2): s. 159-167.
61. Talay, G. ve P.F. Türker, Primer hipotiroidi olan yetişkin bireylerde yaşam kalitesi, duygu ve beslenme durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi, 2021. 3(2): s. 115-125.
62. Şahiner, S. ve O. Sarı, Klinik ve Subklinik Hipotiroidili Hastalarda Hormon Regülasyonunun Hastanın Yaşam Kalitesi, Ruhsal Durum ve Öfke Kontrolü Üzerine Etkisi, Life Med Sci 2022; 1(2): s. 36-46
63. Sağlam, F. ve B. Çakır, Birinci basamakta tiroid hastalıklarına klinik yaklaşım. Ankara Medical Journal, 2012. 12(3): s. 136-139.
64. Kut, E. ve H. Atmaca, Tirotoksikoz. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 2013. 29(4S): s. 309-314.
65. Çolak, R., Journal of Experimental ve Clinical Medicine Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi, 2012. 29: s. 30-S38
66. Çelik, H., ve ark., Graves Olgularında Kardiyovasküler Hastalık Risk Değerlendirmesi: Trombosit İndekslerinin Rolü. Dicle Tıp Dergisi, 2020. 47(3): s. 720-726.
67. Güzide, G.Ö. ve M. Bahçeci, Tiroid ve paratiroid hastalıklarında nöromuskuler sistem bulguları. Pamukkale Medical Journal, 2013. 6(2): s. 108.
68. Şanlıtürk, D., Astım hastalarında sağlık okuryazarlığı ile hastalık kontrolü arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2022. 9(3): s. 291-299.
69. Yıldız, D. ve D. Tülüce, Astımlı bireylerin hastalık algısı ve astım yönetim düzeyleri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2023. 16(1): s. 49-64.

70. Ediger, D. ve F.E. Günaydin, Astım ve Alerjen İmmünoterapisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2020. 8(2): s. 55-61.
71. Ünsal, A., N. Çakıcı, ve Ş.D. Sarıkaya, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Astım Hastalarının Yorgunluk Düzeyleri. Kocaeli Med J 2025; 14 (1): s. 5-11
72. Yağcı, İ. ve G. Perincek, Astım Hastalarında D Tipi Kişilik, Bedensel Duyumları Abartma, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri. Kocatepe Tıp Dergisi, 2024. 25(3): s. 355-360.
73. Balkay, B., S. Ceylan, ve G. Günay, Astım ve KOAH Tanısı Almış Olan Yaşlı Bireylerin Hastalık Hakkındaki Görüşleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2024. 17(1): s. 43-53.
74. Saza, S. ve K. Çevik, KOAH tanısı almış hastalara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin yorgunluk ve yaşam kalitesine etkisi. Cukurova Medical Journal, 2020. 45(2): s. 662-671.
75. Gökmen, B.D. ve M. Fırat, KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2022. 8(1): s. 57-66.
76. Şevenk, D. ve D. Tülüce, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı ve Refleksoloji. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 2021. 4(2): s. 82-91.
77. Yağcı, İ. ve G. Perinçek, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Tanılı Hastaların Fonksiyonel Durumları ile D Tipi kişilik ve Psikiyatrik Belirtileri Arasındaki İlişki. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2022; 14(1): s. 67-74
78. Okyar, G., ve ark., Kronik böbrek hastalığına merkezi sinir sistemi cevabı. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2022. 17(3): s. 198-209.
79. Özbek, M. ve N.P. Erbaydar, Kronik Böbrek HastalığınınKüresel Yükünün İncelenmesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 2024. 9(3): s. 354-365.
80. Mh, T., Kronik böbrek yetmezliği. Konuralp Medical Journal, 2010. 2(2): s. 27-32.

81. Demirel, M. ve Ö. Sukut, Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikolojik Sağlamlık, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon ile Tedaviye Uyum Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 2024. 6(1): s. 49-56.
82. Yılmaz, O.F., Oksidatif stres ve karaciğer hastalıkları. Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021. 1(1): s. 8-15.
83. Ersoy, O., Karaciğer enzim yüksekliğinin değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal, 2012. 12(3): s. 129-135.
84. Kantar, F.U., Karaciğer fonksiyon testi yüksekliğine yaklaşım. Klinik Tıp Bilimleri, 2017. 5(2): s. 30-38.
85. Aktuğ Demir, N., ve ark., Comparison of the level of Depression and Anxiety in Inactive Hepatitis B Carriers and Chronic Hepatitis B Patients. Turkish Journal of Psychiatry, 2013. 24(4).
86. Bozkurt, E. ve A. Tuna, Karaciğer nakli olacak hastalara verilen video eğitiminin anksiyete, depresyon ve uyku düzenine etkisi. Cukurova Medical Journal, 2020. 45(3): s. 940-953.
87. Yel, P. ve A. Karadakovan, Epilepsi hastalarında tedaviye uyum ve etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2021. 37(3): s. 223-238.
88. Akdağ, G., D. Algın, ve O. Erdinç, Epilepsi/epilepsy. Osmangazi Tıp Dergisi, 2016. 38(1).
89. Kaya, Ç.A. ve Ö. Çelik, Epilepsi ve Aile Hekimliği. The Journal of Turkish Family Physician, 2023. 14(2): s. 64-81.
90. Altunan, B. ve A. Ünal, Epilepsili bireylerde duygu düzenleme güçlükleri ve sosyal destek: depresyon düzeyi ile ilişkisi. Cukurova Medical Journal, 2022. 47(3): s. 1315-1326.
91. Demir, Ö. ve Ö.S. Berk, Yetişkin Epilepsi Hastalarına Yönelik Psikolojik Grup Müdahalelerinin İncelenmesi: Sistematik Bir Derleme. 2024. Arch Neuropsychiatry 2025. 62: s. 185−194
92. Danacı, M., Benign prostat hiperplazisi. Trd Sem, 2017. 5: s. 482-490.
93. Bulut, E.C. ve A. Atan, BPH Patofizyolojisi. Androloji Bülteni (Andrology Bullettin), 2023. 25(3).

94. Yol, E.A.Ü., Semptomları/Benign Prostat Hiperplazisi. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2016. 7(4): s. 26-33.
95. Güler, E., S. Ersoy, ve E. Pala, 50 Yaş Üstü Erkeklerde Alt Üriner Sistem Semptomları ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Medical Records, 2021. 3(2): s. 138-145.
96. Keçik, M., Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tedavisinde İlaç Uyuncu ve Sağlık Okur Yazarlığının Etkisi. Turkey Health Literacy Journal, 2021. 2(1): s. 01-11.
97. Aytap, F. ve Z. Özer, Kronik hastalığı olan bireylerde depresyon riski ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2021. 15 (2)
98. Aydemir, Y., ve ark., Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 2015. 5(4): s. 199-203.
99. Karayağız, Ş., Dahiliye polikliniğine başvuran bir grup hastanın depresyon ve somatizasyon düzeylerinin incelenmesi. Ahi Evran Medical Journal, 2021. 5(1): s. 43-49.
100. Benli, N.Ç., H.E. Ataoğlu, ve A.R. Benli, Kalp Yetmezliği Hastalarında Diğer Kronik Hastalıklara Göre Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi. Samsun Medical Journal. 2(3): s. 9-12.
101. Mete, H.E., Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri, 2008. 11(3): s. 3-18.
102. Karamustafalıoğlu, O. ve H. Yumrukçal, Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2011. 45(2): s. 65-74.
103. İlaçlar, D.İ., Yaşlılarda Yan Etki Olarak Depresyonu İndükleyen İlaçlar. Turkiye Klinikleri J Pharm Sci, 2012. 1(1): s. 31-45.